

# DU PTOSIS

ET PRINCIPALEMENT

## DE SON TRAITEMENT

---

### THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 28 Janvier 1890

PAR

PAUL-LUCIEN CULTIN

Né à Longuyon, le 20 Avril 1866

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

---

*Examineurs :* { MM. HEYDENREICH, *président*.  
CHARPENTIER, *professeur*.  
BARABAN, *agrégé*.  
VAUTRIN, *agrégé*.

---

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

—  
1890



# DU PTOSIS

ET PRINCIPALEMENT

## DE SON TRAITEMENT

---

THÈSE  
POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT le 28 Janvier 1890

PAR

PAUL-LUCIEN CULTIN

Né à Longuyon, le 20 Avril 1866

ÉLÈVE DU SERVICE DE SANTÉ MILITAIRE

---

Examineurs : { MM. HEYDENREICH, *président*.  
CHARPENTIER, professeur.  
BARABAN, agrégé.  
VAUTRIN, agrégé.

---

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

---

NANCY

IMPRIMERIE NOUVELLE, 15, RUE DE SERRE

1890

# FACULTÉ DE MÉDECINE DE NANCY

**Doyen :** M. HEYDENREICH A O.

**Doyens honoraires :** MM. STOLTZ C\*, I O, TOURDES, O\*, I O.

**Professeurs honoraires :** MM. STOLTZ C\*, I O, TOURDES, O\*, I O,  
COZE \*, I O, V. PARISOT \*, I O, HERRGOTT \*, I O, ROUSSEL \*, I O,  
DEMANGE \*, I O, BÉCHET. I O.

|                                                   |                                        |
|---------------------------------------------------|----------------------------------------|
| Pathologie gén. et Pathologie interne.            | M. HECHT *, I O, professeur.           |
| Physiologie..                                     | M. BEAUNIS *, I O, professeur.         |
| Anatomie et Physiologie pathologiq..              | M. FELTZ *, I O, professeur.           |
| Clinique médicale .....                           | M. BERNHEIM, I O, professeur.          |
| Clinique chirurgicale.....                        | M. GROSS, I O, professeur.             |
| Physique médicale.....                            | M. CHARPENTIER, I O, professeur.       |
| Hygiène .....                                     | M. POINCARÉ *, I O, professeur.        |
| Médecine opératoire .....                         | M. CHRÉTIEN, I O, professeur.          |
| Clinique chirurgicale.....                        | M. HEYDENREICH, A O, professeur.       |
| Pathologie externe.....                           | M. WEISS, A O, professeur.             |
| Chimie médicale et toxicologie.....               | M. GARNIER, A O, professeur.           |
| Clinique médicale.....                            | M. SPILLMANN, I O, professeur.         |
| Clinique obstétricale et Accouche-<br>ments ..... | M. A. HERRGOTT, A O, professeur.       |
| Médecine légale .....                             | M. E. PARISOT, A O, profes. adjoint..  |
| Histoire naturelle médicale .....                 | M. E. DEMANGE, A O, professeur.        |
| Histologie.....                                   | M. MACÉ, A O, professeur.              |
| Anatomie descriptive .....                        | M. BARABAN, A O, agrégé, ch. du cours. |
| Matière médicale et Thérapeutique ..              | M. NICOLAS, agrégé, chargé du cours.   |
|                                                   | M. SCHMITT, A O, chargé du cours.      |

## COURS ANNEXES.

|                                                         |                                       |
|---------------------------------------------------------|---------------------------------------|
| Clinique des maladies mentales .....                    | M. LANGLOIS, A O, chargé du cours.    |
| Clinique des maladies des yeux... ..                    | M. ROHMER, A O, agrégé, ch. du cours. |
| Clinique des maladies syphilitiques<br>et cutanées..... | M. SCHMITT, A O agrégé, ch. du cours. |
| Clinique des maladies des enfants ...                   | M. SIMON, agrégé, chargé du cours.    |
| Clinique des maladies des vieillards.                   | M. P. PARISOT, agrégé, ch. du cours.  |
| Accouchements.....                                      | M. REMY, agrégé, chargé du cours.     |

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

|                   |                |             |
|-------------------|----------------|-------------|
| MM. SCHMITT, A O. | MM. RENÉ. A O. | MM. SIMON.  |
| ROHMER, A O.      | NICOLAS.       | REMY.       |
| BARABAN, A O.     | VAUTRIN.       | P. PARISOT. |
| GUÉRIN.           |                |             |

AGRÉGÉ LIBRE : MM. SCHLAGDENHAUFFEN, I O.

M. F. LAMBERT DES CILLEULS \*, A O, Secrétaire.

*La Faculté a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend ni les approuver ni les imputer.*

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE PROFESSEUR HEYDENREICH

A TOUS MES MAÎTRES DE LA FACULTÉ

A MES CHEFS DE L'HOPITAL MILITAIRE

## INTRODUCTION

---

Un cas de ptosis traumatique, consécutif à une morsure de chien, a été le point de départ du modeste travail qui fait le sujet de notre thèse.

Les divers procédés opératoires, basés sur l'excision, qui pendant longtemps ont été dirigés contre cette affection, n'ont pas toujours, il s'en faut, donné de bons résultats. C'était chose fort délicate, en effet, que de bien limiter le lambeau à enlever, et toujours le chirurgien avait à craindre ou de ne pas assez diminuer la paupière et de voir la blépharoptose se reproduire en partie, ou de dépasser le but et de rendre alors difficile l'occlusion de l'œil.

Rejetant ces méthodes, M. le professeur agrégé Vautrin se servit dans le cas de ptosis traumatique, qu'il avait à traiter, d'un procédé nouveau qui lui donna un excellent résultat. Ce mode de traitement, qui remplace l'action du muscle releveur devenu inerte par celle du frontal, tout comme dans les méthodes récentes de MM. Dransart et Panas, l'emporte sur ces dernières par la simplicité du manuel opératoire, l'absence de tout danger, et de plus n'exige aucun raccourcissement de la paupière.

Nous avons voulu, dans ce travail, signaler surtout cette nouvelle méthode de traitement du ptosis, qui nous paraît devoir être employée avec avantage.

Dans un premier chapitre nous étudierons les diverses variétés de ptosis.

Le deuxième chapitre sera consacré au traitement de cette affection; nous passerons en revue les divers procédés, qui tour à tour ont été employés, et nous en ferons une étude comparative.

Nous terminerons par quelques conclusions.

M. le professeur Heydenreich a bien voulu nous faire l'honneur d'être notre président de thèse; nous l'en remercions et tenons ici à lui prouver notre reconnaissance.

M. le professeur agrégé Vautrin nous a guidé de ses précieux conseils dans ce travail; nous lui devons le choix de notre sujet; qu'il daigne recevoir l'expression de notre sincère gratitude.

Merci également à notre ami Frœhlich, interne des hôpitaux, dont la grande connaissance de la langue allemande nous a rendu maints services.

## DÉFINITION

---

Les mots ptosis ou blépharoptose sont employés pour caractériser la chute ou l'abaissement permanent de la paupière supérieure, sans adhérence de celle-ci avec le globe oculaire ou la paupière inférieure, et sans contraction exagérée du muscle orbiculaire.

De la sorte le ptosis se trouve séparé du symblépharon, de l'ankyloblépharon et du blépharospasme, que quelques auteurs font entrer dans sa description, malgré la différence de l'étiologie, des signes cliniques, et des indications thérapeutiques.

L'individu atteint de ptosis doit pouvoir relever facilement avec le doigt sa paupière abaissée, de façon à découvrir au moins une grande partie du champ cornéen.

La paupière supérieure vient complètement recouvrir la cornée (ptosis complet) ou ne fait qu'affleurer la pupille (ptosis incomplet), laissant alors l'intégrité de la vision, mais constituant une difformité choquante. L'affection peut être unilatérale ou bilatérale.

Le ptosis peut, tantôt exister comme symptôme isolé, tantôt être associé à d'autres troubles oculaires, en général sous la dépendance du moteur oculaire commun; enfin il peut

encore accompagner des troubles généraux de la motilité et de la sensibilité, comme cela arrive dans les cas de lésions cérébrales.

La chute de la paupière supérieure peut tenir à des causes très différentes, et souvent chacune d'elles imprime à la maladie une physionomie particulière qui en fait une variété à part. Il est cependant possible de réunir plusieurs de ces variétés sous des dénominations communes.

Il est nécessaire de distinguer le ptosis dû à la paralysie du releveur de la paupière, du ptosis dû à d'autres causes, telles que l'œdème inflammatoire, les affections cutanées, les infiltrations éléphantiasiques ou graisseuses, etc., et nous décrirons successivement :

1° Le *ptosis paralytique*, dû à une insuffisance réelle du releveur, à un défaut d'action de ce muscle.

2° Le *ptosis organique*, que l'on pourrait encore appeler *mécanique*, comprenant tous les cas dans lesquels l'activité fonctionnelle du muscle est conservée, mais est insuffisante à relever la paupière. L'insuffisance de l'élévateur n'est ici que relative.

La première classe, formée par le ptosis paralytique, peut être subdivisée en plusieurs variétés :

1° Le *ptosis congénital*, reconnaissant pour cause un vice de développement ;

2° Le *ptosis dissocié cérébral* ou paralysie partielle, dissociée de la troisième paire (Landouzy), sans autres phénomènes paralytiques dans la sphère de distribution du moteur oculaire commun, et lié à une lésion du cerveau ;

3° Le *ptosis associé*, le plus fréquent, tient à une paralysie du moteur oculaire commun ;

4° Le *ptosis dissocié périphérique*, consécutif à une lésion du muscle releveur ou du rameau nerveux qui l'innerve, et qui se détache du tronc du moteur oculaire commun ;

5° Le *ptosis constitutionnel*, dû à un mauvais état général ;

6° Le *ptosis sympathique*, forme particulière de blépharoptose décrite par Horner.

Donc, en tout, six variétés de ptosis paralytique. L'étude particulière de chacune de ces variétés nous retiendra quelque temps.

---

## Ptosis paralytique

### 1° Ptosis congénital

Le ptosis congénital peut être considéré comme une variété du ptosis paralytique, puisqu'il est le résultat d'un vice de développement, et par suite d'un défaut d'action du muscle releveur de la paupière supérieure (Panas). D'ailleurs ce muscle est, suivant les cas, plus ou moins compromis, et dans quelques autopsies on aurait constaté une absence du muscle releveur.

De toutes les anomalies congénitales, le ptosis est, suivant de Wecker, la plus fréquente et celle qu'on a le plus souvent

occasion d'observer sans aucun autre vice de conformation du globe oculaire et de ses annexes.

De Wecker distingue trois variétés de ptosis congénital : l'hypertrophique, l'atrophique et le paralytique.

« Le ptosis hypertrophique repose sur un excès de développement du tégument de la paupière supérieure, qui vient surplomber sur la paupière inférieure (de Ammon, Seiler, Fichte).

« Une variété bien plus fréquente est le ptosis atrophique, reposant sur un défaut de développement du releveur, sans allongement de la paupière et sans excès dans l'épaisseur du derme du voile palpébral pendant. Le ptosis est presque toujours incomplet, et disparaît lorsque le malade regarde en bas, l'écart des deux fentes s'égalisant alors complètement.

« Une troisième variété, le ptosis paralytique, doit être regardé comme la conséquence d'une paralysie souvent incomplète de la troisième paire résultant de la compression du crâne contre le rebord du bassin ou d'une pression malencontreuse exercée pendant l'accouchement. »

Suivant Landouzy, ce ptosis congénital pourrait être dû quelquefois à une lésion circonscrite du cerveau, semblable à celle qui produit le ptosis cérébral accidentel et isolé.

L'hérédité semble souvent jouer un rôle important dans la production de cette chute congénitale de la paupière ; les exemples sont nombreux où tous les membres d'une même famille en sont atteints ; tantôt ce sont les hommes seulement, tantôt ce sont les femmes. « Chez une famille sicilienne, dont le Dr Alessi a publié l'histoire, les hommes seuls offrent un ptosis incomplet, unilatéral, plus développé vers l'angle externe que vers l'angle interne. Chose singulière, la lésion

change d'œil à chaque génération. L'aplatissement des deux tiers externes de l'arcade sourcilière a paru à M. Alessi la cause de la difformité sur les personnes de cette famille qu'il eut occasion d'observer. » (DEVAL, *Chirurgie oculaire*).

Le D<sup>r</sup> Rampoldi publie une observation semblable.

Le D<sup>r</sup> R. Rampoldi publie (*Annales d'oculistique*, 1885, p. 246), trois cas de blépharoptose congénitale atrophique. Ces cas sont très rares : sur un total de 15,000 malades, Rampoldi n'a observé que cinq fois l'affection en question. Des trois cas dont l'auteur relate brièvement l'histoire, deux appartenaient à la même famille (père et fille), et vu qu'il n'y en avait pas d'autres dans le village, Rampoldi croit raisonnable d'admettre que l'atavisme entre pour quelque chose dans la genèse de cette affection, due à l'absence du muscle élévateur de la paupière supérieure.

La paupière peut être plus ou moins abaissée : il est des individus qui peuvent encore la relever jusque vers le milieu de la pupille, mais il en est d'autres qui sont à peine capables de lui imprimer quelques légers mouvements ; dans ce dernier cas on a toujours noté un manque de développement de l'arcade sourcilière.

Le plus souvent la paupière, qui est très abaissée à la naissance, se relève un peu à mesure que les enfants grandissent, de façon à laisser la cornée découverte dans une plus grande étendue.

Cet agrandissement de l'ouverture palpébrale tient aux efforts que font instinctivement les enfants pour faciliter la vision. Ce sont les contractions du muscle frontal qui viennent suppléer l'inertie du releveur, en relevant le sourcil et, par suite, le bord libre de la paupière. Aussi, consécutivement à

ce fonctionnement plus considérable, le frontal s'hypertrophie-t-il, et la région qu'il fait mouvoir se modifie peu à peu avec la croissance, c'est ainsi que l'élévation du sourcil et du bord libre de la paupière, qui ne se produisait au début que par intervalles et sous l'effort des contractions, devient permanente.

On peut constater cette hypertrophie du frontal, quand le ptosis est unilatéral, en saisissant, au-dessus du sourcil, un pli de la peau entre deux doigts. Le pli ainsi formé est toujours plus épais du côté où la paupière est paralysée.

La forme du sourcil est arquée, oblique en haut et en dehors, et dépasse le rebord orbitaire.

Toujours l'élévation du sourcil s'accompagne de plis transversaux sur le front, en tout semblables aux rides de la vieillesse ; dans les cas de ptosis unilatéral, il va sans dire que ces plis n'existent que du côté correspondant.

La paupière, au lieu d'être allongée, épaisse, lâche, et pourvue de plis transversaux, s'offre à l'observateur tendue, courte et unie. Elle est d'une mince épaisseur, comme si toutes les couches superposées n'existaient pas, et les plis caractéristiques qu'elle présente normalement font à peu près complètement défaut.

On pourrait même la croire d'une grandeur exagérée, le sourcil étant en effet plus élevé qu'à l'état normal, et le bord palpébral plus abaissé ; mais cet excès de longueur n'est pas réel ; il est dû au déplissement de la paupière, et surtout à la disparition de la gouttière orbito-palpébrale. Dans les cas de ptosis unilatéral où la paupière paralysée paraît plus longue, on fera cesser toute différence de longueur en faisant élever les deux sourcils à la fois.

Dans les cas de ptosis double, l'élévation des deux sourcils est très peu apparente, grâce à la symétrie qui est conservée; mais il est facile de constater par la mensuration l'allongement relatif des deux paupières.

Nous avons vu que les individus atteints de ptosis congénital peuvent, grâce à des efforts, relever légèrement leur paupière. Le releveur n'est pour rien dans ce petit mouvement d'ascension produit par la contraction du frontal seul. On peut très bien s'en rendre compte, pour cela il suffit d'attirer un peu en bas le sourcil, que l'on immobilise avec le doigt; tandis que sur un œil sain, le releveur conserve toute son action; si ce muscle est paralysé, la paupière reste complètement inerte, parce que le frontal n'a plus aucune action sur elle.

« Une observation attentive, dit de Wecker, démontre que presque toujours le ptosis concorde avec une légère réduction de la fente palpébrale du même côté, et j'ai pu me convaincre que dans les familles où un ou deux enfants présentaient un ptosis, les autres exempts de ce vice accusaient une différence assez sensible dans la longueur de la fente, celle-ci se trouvant un peu réduite du côté où le frère ou la sœur était atteint de ptosis. »

La paralysie congénitale de la paupière supérieure s'accompagne parfois d'épicanthus, et d'un écartement anormal des cavités orbitaires dû à un aplatissement des os du nez.

M. Dujardin a observé chez une dame un ptosis double qui coïncidait avec une faiblesse congénitale de l'ensemble des muscles de l'œil. Les yeux, en légère divergence avec tant soit peu d'exorbitisme, avaient très peu de mobilité (*in* thèse Beauvois).

*Troubles fonctionnels.* — Ils varieront suivant le ptosis

simple et le ptosis bilatéral. Dans les cas où la chute de la paupière n'existe que d'un seul côté, les troubles fonctionnels sont peu importants, l'œil normal pouvant suppléer facilement l'imperfection de la vision. On a là une difformité, disgracieuse, désagréable, mais non incompatible avec la vue.

Mais la gêne est bien plus grande quand le prolapsus est double. Dans les cas les plus heureux, le bord libre de la paupière arrive à peu près au milieu de la pupille, l'individu pouvant voir les objets situés au-dessous de l'horizon ; mais la vision des objets situés au-dessus de ce plan devient très difficile. L'individu fait alors avec la tête le mouvement que devraient accomplir les paupières, c'est-à-dire qu'il la renverse fortement en arrière. Cette attitude très pénible, très disgracieuse, donne à la personne une physionomie spéciale.

Dans les cas où le prolapsus est plus prononcé, l'individu, absolument aveugle, est obligé, pour y voir, de relever ses paupières avec ses doigts.

## 2. Ptosis dissocié cérébral.

M. Landouzy décrit, il y a une dizaine d'années, dans les *Archives générales de Médecine*, une paralysie partielle, centrale du moteur oculaire commun.

Dans cette variété « la ptose offre cette particularité d'apparaître, soit isolément, soit en même temps qu'une monoplégie ou une hémip légie ; de plus, ces cas de blépharoptose, isolée ou jointe à des troubles hémip légiques, sont associés à des

lésions exclusivement centrales et groupées sur un même hémisphère, c'est assez dire que la chute de la paupière, envisagée au point de vue du siège, de sa cause, se trouve dans les mêmes conditions que l'hémiplégie coïncidente, c'est-à-dire que ptose, hémiplégie et lésions sont croisées les unes par rapport aux autres. » (Landouzy).

Comme la paralysie de cause centrale est partielle, dissociée (n'intéressant qu'un rameau sur les cinq que donne la troisième paire), et comme une lésion du nerf ne saurait expliquer cette dissociation symptomatique, il faut remonter, pour l'expliquer, jusqu'aux origines mêmes du nerf oculo-moteur commun.

En présence d'une délimitation paralytique aussi étroite « on est en droit, dit Landouzy, de conclure que l'origine du nerf moteur oculaire commun n'est pas une, que cette origine se fait dans l'encéphale en des points divers et par des racines multiples qui semblent n'avoir de commun que le tronc vers lequel elles convergent. »

Les autres faisceaux du nerf n'ont aucun rapport avec ceux qui sont destinés à l'élévateur palpébral, puisque jamais les lésions qui se sont accompagnées de ptosis n'ont produit d'autres troubles dans la sphère du moteur oculaire commun. La dissociation qui existe pour le facial aurait aussi lieu pour le moteur oculaire commun.

D'après les faits qu'il a rassemblés, M. Landouzy conclut :

1° Que l'origine ou centre moteur du releveur de la paupière doit être recherchée dans la région postérieure du lobe pariétal ;

2° Que cette origine ne confine pas immédiatement aux centres moteurs des membres, puisque le ptosis semble avoir

une existence aussi souvent isolée qu'associée aux troubles hémiplegiques ;

3° Que, parmi les faisceaux nerveux constituant par leur réunion la troisième paire, ceux destinés à l'élévateur palpébral paraissent seuls avoir des connexions avec les hémisphères.

A l'appui de ces faits, l'auteur cite dix observations, dont la relation clinique a été donnée complète, et qui, presque toutes, ont été suivies d'autopsie. Dans tous les cas, la paralysie a été croisée par rapport aux lésions, et a été partielle, absolument limitée au rameau du releveur.

Les lésions (exsudats, méningo-encéphalites, abcès, tumeurs, etc.) étaient enfermées dans une aire correspondant aux limites mêmes du lobe pariétal, et convergeant vers les parties postérieures de ce lobe ; de plus, elles confinent au pli courbe quand la ptose se montre isolée, elles confinent au lobule du pli courbe quand la ptose est associée aux troubles paralytiques des membres et de la face.

M. Surmont, dans sa thèse inaugurale (*De la blépharoptose d'origine centrale au point de vue de la localisation*. Lille, 30 déc. 1886), publie une observation de ptosis d'origine corticale, qui vient confirmer comme localisation la présence du noyau décrit par Landouzy.

« Chez un sujet atteint de pneumonie aiguë, on constate une chute de la paupière supérieure droite, abaissement de la commissure des lèvres du même côté, rotation de la tête à droite. A l'autopsie, sur l'hémisphère gauche, on trouve une plaque de teinte hémorragique de 3 à 4 centimètres, étendue dans la direction de la scissure de Sylvius : pie-mère adhérente, ramollissement de la substance cérébrale qui offre la teinte hortens-

sia et présente un piqueté hémorragique : la lésion occupe exactement la moitié supérieure du tiers postérieur de la première circonvolution temporale, la moitié inférieure du lobule pariétal inférieur et de la division antérieure du lobule du pli courbe, elle empiète un peu sur la partie tout à fait inférieure et postérieure de la pariétale ascendante. La lésion est superficielle, la substance blanche intacte. »

En présence d'une chute de la paupière isolée, « on devra donc rechercher, soit dans des troubles moteurs de la face et des membres siégeant du même côté que la ptose, soit dans des troubles intellectuels ou sensitifs (troubles contemporains, antérieurs ou consécutifs), la raison d'un jugement qui portera avec lui un pronostic sérieux. » (Landouzy.)

L'apparition de la blépharoptose suffira pour traduire l'existence de lésions cérébrales ou méningées dont la gravité ne saurait être méconnue.

### 3<sup>o</sup> Ptosis paralytique associé

Sous ce titre, par opposition au ptosis paralytique dissocié cérébral de M. Landouzy, nous désignons la chute de la paupière supérieure produite par une lésion quelconque siégeant sur un point du tronc du moteur oculaire commun, depuis son noyau d'origine jusqu'à sa division dans l'orbite.

Ce ptosis, un des plus communs, est consécutif à la paralysie de la troisième paire.

La troisième paire des nerfs crâniens anime les muscles

droit supérieur, droit inférieur, droit interne et petit oblique, ainsi que l'élévateur de la paupière supérieure.

Le moteur oculaire commun donne encore, par ses filets destinés au petit oblique, un rameau nerveux qui se rend au ganglion ophtalmique. Cette branche représente la racine motrice grosse et courte du ganglion, qui, après avoir contribué à la formation des nerfs ciliaires, vient innerver le sphincter de l'iris.

D'après ce court résumé anatomique, on peut voir de suite quels seront les symptômes fournis par une lésion du tronc nerveux de la troisième paire et associés à la chute de la paupière.

Après avoir soulevé la paupière, qui peut être complètement abaissée ou recouvrir seulement la moitié de la cornée, « on trouve la pupille déviée en strabisme externe, par suite de la paralysie du droit interne et de la prépondérance fonctionnelle de son antagoniste. L'œil est en abduction, tourné du côté de la tempe, et si vous engagez le malade à regarder en haut, en bas, ou en dedans, il s'efforce, mais en vain de vous obéir.

« Il arrive, par contre, que le malade conserve encore un certain mouvement d'abaissement de la pupille, puisque le grand oblique ou oblique supérieur, l'un des muscles abaisseurs, a toute sa force de contraction, animé qu'il est par le nerf pathétique.

« Je vous signale encore ce fait que la pupille de l'œil paralytique n'est pas située sur le même plan horizontal que celle de l'œil sain. Elle est placée plus bas, par suite de l'action prédominante du grand oblique qui, libre de toute résistance antagoniste, porte celle-ci en bas et en dehors.

« Si vous examinez la pupille de l'œil malade, vous la trou-

verez généralement dilatée et plus ou moins immobile. »  
(PANAS. *Des paralysies oculaires.*)

La dilatation de la pupille peut cependant manquer ; dans ce cas, ou il y a une paralysie concomittante des filets ciliaires sympathiques qui sont dilatateurs de l'iris, ou bien, par anomalie, les filets nerveux qui font contracter la pupille au lieu de tirer leur origine de la troisième paire (branche motrice du ganglion ophtalmique), viennent de la sixième paire.

Dans la paralysie de la troisième paire, à la difficulté de la vision occasionnée par l'immobilité du voile palpébral au devant de l'œil, s'ajoute la diplopie qui est croisée et un peu supérieure, « croisée, dit Panas, puisque nous avons affaire à un strabisme externe ; supérieure, c'est-à-dire que l'image fautive sera placée plus haut que l'image correcte, parce que cette image se peindra sur la rétine en un point inférieur à la tache jaune. Ce phénomène résulte de l'action du grand oblique qui n'a pas été touché par la paralysie. »

Enfin, la dilatation de la pupille contribuera aussi à rendre la vision moins nette.

*Étiologie.* — La syphilis et l'ataxie locomotrice sont assurément les causes les plus fréquentes de ce ptosis paralytique.

Incontestablement, la syphilis cérébrale affecte avec une fréquence remarquable, avec une sorte de prédilection caractéristique, le moteur oculaire commun. Paralysie de la troisième paire est la paralysie oculaire par excellence de la syphilis. Et on peut dire, sans exagération, que cette paralysie porte avec elle un véritable cachet de spécificité syphilitique.

« Si les nerfs moteurs oculaires sont plus souvent intéressés que d'autres par la syphilis cérébrale, cela tient à ce qu'ils

sont plus exposés que d'autres à être atteints par les lésions intra-crâniennes de la diathèse.

Et comment cela ?

1<sup>o</sup> Parce que, d'abord, ils sont tous, plus ou moins, des nerfs antérieurs du cerveau, eu égard au trajet qu'ils parcourent dans le crâne ; et je n'ai plus à dire que les lésions intra-crâniennes de la syphilis ont leur foyer principal vers les régions antérieures ;

2<sup>o</sup> Parce qu'avant de pénétrer dans l'orbite, ils décrivent un long trajet à la base du crâne, et cela en contact avec les méninges, en contact avec un plancher osseux, et cela encore dans une région spéciale qui est un véritable foyer, un centre de prédilection pour les néo-formations syphilitiques, pour les scléroses méningées, pour les gommes méningées ou méningo-cérébrales. » (Fournier).

D'autres fois, le nerf est atteint d'une hyperplasie du tissu conjonctif, d'une véritable névrite interstitielle et spécifique qui fut constatée dans plusieurs autopsies (Esmarch et Gesson, Virchow, Dixon).

La sclérose spinale postérieure présente des troubles de la vue, des paralysies des muscles oculaires. La paralysie de la troisième paire apparaît à la première période, et Duchenne croit qu'elle est souvent le phénomène initial de l'ataxie locomotrice. Elle est dans ce cas absolument éphémère, sujette quelquefois aux récidives et disparaît sans traitement, ces caractères indiquent bien sa nature congestive.

Mais il est une paralysie définitive du moteur oculaire commun, c'est celle qui complique l'ataxie à sa période terminale : elle est due à une sclérose du nerf compliquant la sclérose des cordons postérieurs.

La sclérose en plaques, les dégénérescences des centres nerveux, les exsudats, les productions tuberculeuses ou cancéreuses deviennent aussi quelquefois la cause de ceptosis associé.

Le rhumatisme a, de même, produit des blépharoptoses. Nous citerons un cas de paralysie de l'oculo-moteur commun dans un rhumatisme articulaire aigu, publié par J. Michel dans les *Annales d'Oculistique*. « Le malade éprouve de la pesanteur à la tête, des douleurs lancinantes aux tempes, des vertiges, des bourdonnements d'oreille.

Le quatrième jour, paralysie complète des muscles animés par l'oculo-moteur commun droit, le septième jour sensibilité au genou gauche ; le huitième jour, la paralysie diminue à son tour, si bien que, trois jours plus tard, on n'observe plus qu'un peu de paresse de la paupière supérieure.

La paralysie a duré en tout onze jours. Enfin des douleurs rhumatismales se font sentir successivement à l'épaule droite, au genou gauche, aux articulations tibio-tarsiennes droite et gauche.

Le malade guérit au bout de cinq semaines de maladie.

L'auteur attribue les symptômes cérébraux ainsi que la paralysie oculo-motrice à l'affection rhumatismale. Une hyperémie des méninges, localisée à la base du crâne, peut, en effet, avoir déterminé une exsudation séreuse, circonscrite qui a pour conséquence la paralysie du nerf oculo-moteur commun. »

Le nerf de la troisième paire, après son émergence de la protubérance annulaire, se trouve en rapports très étroits avec la cérébelleuse supérieure en arrière, le tronc basilaire en dedans, la cérébrale postérieure en avant ; sa paralysie pourra reconnaître comme cause un anévrysme de ces trois artères. Hérigoyen cite un cas où la compression et la paralysie du moteur

oculaire commun avaient été produites par un anévrysme du volume d'un pois, siégeant sur l'artère communicante gauche. C. Walker cite le cas suivant de proptose unilatérale: un garçon de 16 ans, ayant fait une chute sur la tête, fut atteint cinq mois après l'accident de proptose unilatérale. Celle-ci est rapportée par M. Hutchinson à une communication artérielle avec le sinus caverneux.

#### 4<sup>o</sup> Ptosis dissocié périphérique

Reconnaît pour cause, soit une altération du rameau nerveux qui, du tronc de la troisième paire, va au releveur de la paupière, soit une lésion du muscle lui-même.

Le plus souvent ce ptosis est indépendant de toute autre paralysie oculaire. Cependant si la lésion, qui produit la chute de la paupière, a une certaine étendue, si par exemple c'est une tumeur, agissant par compression sur le rameau nerveux du releveur, il peut arriver qu'un ou plusieurs autres filets nerveux de la cavité orbitaire soient intéressés ; mais les troubles qui en résultent, variables suivant les rameaux lésés, ne sont que des symptômes de voisinage, non nécessairement et invariablement associés au ptosis, comme lorsque la lésion atteint le tronc de la troisième paire.

C'est pour ces raisons que nous avons distingué un ptosis périphérique dissocié.

L'aspect de la paupière abaissée ne diffère aucunement dans ce cas de celui qui accompagne la paralysie du moteur oculaire commun. Le releveur étant paralysé, c'est son

muscle antagoniste, l'orbiculaire animé par le facial, qui agit seul. Tantôt la chute de la paupière est absolue et complète, tantôt elle est moins prononcée et la cornée se trouve n'être qu'à moitié recouverte.

En faisant un grand effort, il est des individus qui peuvent relever un peu la paupière affaissée. Dans les cas de date ancienne, par suite des efforts que le malade a faits pour relever la paupière, on note l'élévation du sourcil et sa forme arquée, mais ces caractères sont toujours moins accentués que dans le ptosis congénital.

*Étiologie.* — Toute tumeur développée au niveau de la voûte orbitale peut reproduire cette paralysie par compression du nerf du releveur. Les lésions les plus fréquentes sont les gourmes, les exostoses syphilitiques ou non, les abcès, les périostites.

Streatfield (*British medical journal*, 1882) a observé « un cas de ptosis produit par l'action mécanique de la glande lacrimale, dont la syphilis avait occasionné l'inflammation et l'induration. L'œil et les os de l'orbite n'étaient pas affectés. La guérison fut obtenue assez rapidement à l'aide des préparations mercurielles et de l'iodure de potassium.

Les traumatismes, intéressant soit la branche nerveuse du releveur, soit le muscle lui-même, sont des causes assez fréquentes de cette variété de ptosis. Gosselin cite (*Dict. de méd. pratique*, art. blépharoptose) le cas d'un homme qui, s'étant entré une cheville de bois dans l'orbite, au travers de la paupière supérieure, fut atteint de ptosis. Cet individu guérit presque complètement après quelques séances d'électrisation. M. le professeur agrégé Vautrin a noté (observation qui sera citée à propos du traitement du ptosis) une paralysie complète

du releveur consécutive à une morsure de la paupière supérieure par un chien.

M. Brailez a publié un cas de proptose produite par un kyste hydatique chez un enfant âgé de deux ans. La mort étant survenue dans les convulsions, on découvrit, logé dans le muscle supérieur droit, un kyste hydatique de la grandeur d'une grosse noix.

Le rhumatisme, que nous avons cité comme une des causes de la paralysie totale du moteur oculaire commun, peut, au lieu d'étendre son action sur tout le nerf, la limiter au filet nerveux du releveur. Probablement alors le rhumatisme s'attaque à la gaine fibreuse du nerf qui se gonfle et comprime par ce fait même les tubes nerveux.

Un certain nombre de fois, on observe une sorte d'atonie et de paresse de l'élévateur, ayant pour conséquence de laisser les yeux à demi fermés (ptosis atonique, sénile de certains auteurs), sans qu'on puisse lui reconnaître une cause bien évidente.

Le releveur n'est aucunement paralysé, il a seulement perdu de sa puissance : on peut très bien s'assurer du fait : il suffit, ayant immobilisé les sourcils, de faire regarder fortement en haut : les paupières se relèvent presque autant qu'à l'état normal.

Congénitale ou accidentelle, cette faiblesse des paupières s'observe surtout chez certains vieillards affaiblis.

« La femme d'un mineur d'Aniches ne pouvait, depuis sa naissance, ouvrir complètement les yeux ; le bord libre des deux paupières arrivait au tiers supérieur de la pupille, mais, sous l'influence de la volonté, le releveur faisait remonter ce

bord palpébral à 1 mm. au dessous du bord supérieur de la cornée ». (*in* thèse Bauvois.)

Cette petite difformité, qui est légèrement disgracieuse, gêne rarement la vision et ne réclame pas de soins chirurgicaux, quand les moyens médicaux ont échoué.

« Il existe un exemple historique de cette paresse de l'élévateur propre de la paupière supérieure. Marie-Thérèse d'Autriche en était affectée. Elle fut guérie par Wenzel, qui dut son succès à l'emploi des topiques irritants, et qui eut le bonheur de réussir là où d'autres avaient échoué » (Panas.)

### 5° Ptosis paralytique constitutionnel

Sous ce titre il faut comprendre toutes les paralysies de la paupière supérieure qui, ne reconnaissant aucune lésion matérielle bien définie du système nerveux ou du muscle releveur de la paupière, se produisent sous l'influence d'un mauvais état général.

D'ordinaire cette paralysie existe à l'état de symptôme isolé, par sa bénignité, par son début brusque, par la façon rapide avec laquelle elle disparaît le plus souvent sous l'influence d'une médication appropriée, ou d'une cause parfois inattendue, elle se distingue parfaitement des autres variétés.

Dans la plupart des maladies générales, la fièvre typhoïde, la rougeole, la variole, la diphtérie, etc, on peut voir apparaître, à leur déclin et comme complication, une chute de la paupière.

Ce ptosis peut aussi être produit par la chloro-anémie, l'aménorrhée, la masturbation, l'hystérie.

Cooke cite le cas d'une jeune fille qui, affectée d'aménorrhée, présentait une blépharoptose double : celle-ci cessait dès qu'on parvenait à ramener le flux menstruel, et elle devint de plus en plus rare et légère à mesure que la menstruation fut plus régulière (*London medical Society*, 1850.)

Hasner a décrit une paralysie périodique de la troisième paire gauche apparaissant régulièrement à chaque menstruation. (*Prager med. Wochenschrift*, n° 10, mars 1883.)

Mavel (d'Ambert) (*Gazette des hôpitaux*, 1854, n° 5) rapporte l'histoire d'une enfant de treize ans atteinte d'une paralysie de la paupière supérieure gauche, survenue à la suite de masturbation. L'enfant se corrigea de sa mauvaise habitude, et la maladie, qui avait résisté à la médication, cessa d'elle-même en neuf jours par la seule cessation de sa cause.

Canton a observé un cas de ptosis chez une jeune fille de 19 ans, hystérique, irrégulièrement réglée, chez qui la blépharoptose se produisit brusquement avec des douleurs lancinantes dans l'œil et dans la tempe.

Cette blépharoptose, après avoir été traitée sans succès, disparut aussi subitement qu'elle s'était développée. Deux semaines plus tard, parurent les règles qui durèrent dix jours.

Nous terminerons l'étude du ptosis paralytique constitutionnel par une observation de blépharoptose, intéressante surtout par la circonstance qui en amena la disparition. Cette observation a été publiée par le Dr Dusmani dans la *Gazette des Hôpitaux* du 14 mars 1862.

« Le 23 janvier 1852, se présenta au dispensaire de M. Chas-saignac une jeune fille de 12 ans, ayant une blépharoptose complète du côté gauche qui datait de huit jours.

« Elle a eu des atteintes de somnambulisme, qui ont cessé il y

a six mois. Depuis quatre ans, elle éprouve fréquemment la sensation d'une boule qui lui monte de l'estomac à la gorge.

« Voici quel est l'état actuel de cette jeune fille : elle ressent habituellement de la céphalalgie, mais sans aucune douleur circumorbitaire ou faciale. On constate une chute complète de la paupière supérieure de l'œil gauche avec impossibilité de la relever spontanément. L'œil conserve tous ses mouvements ; la pupille, un peu dilatée, est insensible à la lumière diffuse du jour.

« L'examen à l'ophtalmoscope n'a rien offert de particulier.

« Le diagnostic porté est le suivant : paralysie hystérique de la paupière supérieure.

« Traitement : sirop de quinquina ferrugineux, douches oculaires à l'eau froide.

« Le surlendemain, l'enfant se présenta à la consultation, la paupière relevée et toute joyeuse, elle disait que depuis le moment de l'examen à l'ophtalmoscope, elle a pu ouvrir l'œil.

« Le 17 février, l'enfant vint de nouveau avec sa blépharoptose. La chute se présentait avec les mêmes caractères que la première fois. On continua le traitement.

« Cinq jours s'étaient écoulés et la blépharoptose se maintenait toujours, lorsque, le 23 février, M. Dusmani procéda à une nouvelle application de l'ophtalmoscope, dans le but de s'assurer si la lumière pouvait agir par action réflexe et animer le releveur de la paupière.

« Il advint, en effet, qu'après avoir projeté la lumière dans l'œil pendant deux ou trois minutes à différentes reprises, l'enfant put ouvrir son œil.

« Le cinq mars, la jeune fille revient au dispensaire avec une blépharoptose double datant du même jour. Nouvelle excitation à l'ophtalmoscope, suivie cette fois encore de l'élévation spontanée des paupières. »

M. Dusmani est porté à attribuer le résultat obtenu à l'intervention active de la lumière.

### 6° Ptosis sympathique.

Dans sa portion descendante qui va s'insérer au bord supérieur du cartilage tarse, le releveur a la forme d'une lame mince, d'apparence fibreuse ; mais en réalité il est composé de fibres musculaires lisses.

C'est à ce muscle lisse tenant lieu de tendon au muscle strié qui constitue le releveur proprement dit que Sappey a donné le nom de muscle orbito-palpébral, et plus tard Muller, celui de muscle palpébral supérieur.

Il reçoit son innervation du sympathique cervical.

Ce fut Horner qui le premier décrivit une forme spéciale du ptosis liée à la paralysie de ce muscle et s'accompagnant de désordres sympathiques.

Le ptosis est toujours léger et il est facile au malade de relever la paupière en faisant un petit effort.

Il existe un rétrécissement concomitant de la pupille et une turgescence manifeste des capillaires dans la moitié de la face correspondante. La rougeur s'arrête d'une façon très nette sur la ligne médiane, et s'accompagne d'une légère élévation

de température. Horner attribue avec raison ces symptômes à une paralysie de la portion cervicale du grand sympathique.

On sait en effet que l'irritation de ce nerf provoque les phénomènes inverses : rétrécissement des capillaires, élévation de la paupière supérieure et dilatation de la pupille. Cette forme de ptosis a été observée chez des femmes consécutivement à une abondante hémorragie utérine, et dans les cas de compression du sympathique par des tumeurs cervicales.

---

### **Ptosis organique.**

Le releveur agit physiologiquement en tirant le bord supérieur du cartilage tarse, sur lequel il s'insère à la fois en haut et en arrière. Sous l'influence de cette traction, la moitié transversale inférieure de la paupière s'enfonce derrière la moitié transversale supérieure, d'où un plissement du voile palpébral et la formation d'une gouttière appelée orbito-palpébrale.

Si le muscle élévateur, bien que doué de toute sa puissance fonctionnelle, est incapable d'écarter suffisamment la paupière devenue trop longue, si cette paupière, par sa grande épaisseur, s'oppose au plissement qui met l'œil à découvert, le ptosis organique est constitué.

Cette insuffisance relative du releveur est fréquente ; la mo-

dification de la paupière peut être permanente; mais le plus souvent elle existe d'une façon temporaire, et comme causes de ce ptosis nous avons les infiltrations de toute nature (sérosité, sang, air, exsudat). Ces différents corps s'infiltrant dans le tissu cellulaire des paupières qui est très lâche, et ces voiles, devenus incapables de se plisser, tombent pendants au-devant de l'œil.

A la suite de contusion violente, la paupière peut acquérir un gonflement si considérable qu'elle recouvre l'œil tout entier. Les fractures des sinus frontaux et des cellules ethmoïdales, toutes celles qui font communiquer l'air extérieur avec le tissu cellulaire de la paupière supérieure, peuvent produire un emphysème si considérable que la vision n'est plus possible. — L'œdème de la paupière supérieure peut exister seul; mais il coïncide souvent avec celui de la paupière inférieure. Ses causes en étant très nombreuses, il est utile de le diviser en: 1° aigu, de cause locale et inflammatoire: érysipèle, phlegmon, variole, etc.; 2° chronique, à la suite de caries, nécroses; 3° symptomatique, de cause générale: scarlatine, anasarque.

Dans tous ces cas, la paupière dont la coloration varie évidemment, suivant la nature de l'infiltration, est pendante, lisse, sans plis transversaux, gonflée et saillante devant le rebord orbitaire.

Mais dès que l'affection générale ou locale a disparu, la paupière reprend aussitôt son aspect et son fonctionnement normaux. Il est d'autres faits moins heureux qui laissent après eux une difformité permanente.

Le ptosis organique que l'on a fréquemment l'occasion d'observer est celui qui se rattache à une inflammation lente et

prolongée des paupières et des conjonctives qui amène consécutivement une hypertrophie du tissu cellulaire sous-cutané, quelquefois même une altération hypertrophique du tarse et de sa capsule. Le muscle élévateur n'a plus alors assez de force pour soulever une paupière ainsi altérée et dont les tissus ont perdu une grande partie de leur élasticité. La paupière supérieure se relève en partie et laisse cachée la moitié ou les deux tiers de la cornée.

Cet état s'observe surtout chez les personnes atteintes de granulations. Ces malades ont l'air somnolent et endormi.

J'ai vu ce genre de ptosis se produire chez les jeunes personnes qui avaient souffert pendant des années de kératites phlycténulaires et dont les cornées étaient devenues vasculaires (Galezowski).

D'après Guéneau de Mussy, un certain nombre d'enfants, affectés pendant longtemps d'ophtalmie des nouveaux-nés, conservent, pendant tout le reste de leur vie, un abaissement notable de la paupière supérieure. Cela tient évidemment à une faiblesse du releveur ou même à un arrêt de développement ; pendant toute la durée de la maladie, l'orbiculaire, en se contractant, abaisse la paupière.

Une autre cause de blépharoptose organique réside dans le développement exagéré du tissu adipeux des paupières (ptosis lipomateux de Sichel). « En effet on voit quelquefois des jeunes gens, rarement des personnes plus âgées, chez lesquels un des plis de la paupière supérieure est tellement hypertrophié, surtout vers l'angle externe, qu'il recouvre les cils sans cependant les presser contre le globe de l'œil. Je n'ai rien pu trouver sur l'étiologie de l'affection. La paupière dans ces cas est quelquefois aussi rouge que les joues, sans trace d'inflam-

mation. Quand on excise ce pli, on trouve immédiatement sous la peau du tissu graisseux, mou et jaune, qui ne diffère en rien de la graisse de l'orbite. » (De Græfe).

Les *Annates d'oculistique* de 1886 citent un cas de ptosis lipomateux publié par H. S. Scheel. Il s'agissait d'un amas assez abondant de tissu graisseux (35 grammes dans un cas) développé entre la peau et le muscle orbiculaire, et qui, par son poids, enrayait l'action du releveur et déterminait un ptosis recouvrant la moitié supérieure de la cornée. L'extraction de la tumeur fit disparaître la difformité très disgracieuse et assura le jeu normal de la paupière. L'auteur a observé en tout quatre cas semblables. Le Dr Norris a eu l'occasion également d'observer et d'opérer un cas de ptosis lipomateux.

« Une exubérance et un relâchement de la peau se rencontrent chez quelques individus sans cause connue, et les plis qui se forment sur la face palpébrale dépassent quelquefois même le bord libre. » (Galezowski).

On rencontre cet état chez les vieillards et chez des personnes qui, pendant longtemps, ont eu la paupière distendue par une infiltration oedémateuse.

De ce ptosis par excès de peau on peut rapprocher celui qui est dû à un état éléphantiasique, autrement dit à une hypertrophie du derme et du tissu sous-cutané de la paupière.

Nous avons ici à la fois allongement et épaissement du voile palpébral.

Cet éléphantiasis des paupières est rare, il est congénital ou acquis; on l'observe à la suite d'une contusion, d'un érysipèle ou d'eczémas très tenaces de tout le tégument de la paupière.

Le globe oculaire se trouve plus ou moins caché, suivant le degré d'altération de la paupière.

---

## TRAITEMENT

---

Quant au traitement il sera subordonné à la cause qui aura produit la chute de la paupière : il pourra être médical, palliatif ou chirurgical.

### **1° Traitement médical.**

On ne peut décrire d'une façon générale ce traitement qui variera lui-même selon les cas. Soit un ptosis reconnaissant pour origine la syphilis ; la chose est très fréquente : nous nous contenterons de citer à ce sujet le livre de Fournier sur la syphilis du cerveau. « Il n'est pas que la vérole, dit-il, qui produise des paralysies de l'œil, et chacun sait que des symptômes de même ordre s'observent avec nombre de maladies, telles que méningites simples, méningites tuberculeuses, encéphalites, tumeurs cérébrales, ataxies, rhumatismes, etc... Mais ce qui n'est pas moins certain, c'est que toutes ces maladies, même réunies, n'arrivent pas à déterminer des paralysies oculaires d'une façon aussi fréquente que le fait la vérole à

elle seule. Un savant ophtalmologiste me disait récemment que sur cent cas de paralysies de l'œil, il en est soixante-quinze pour le moins imputables à la vérole contre vingt-cinq d'autre provenance. Et c'est là exactement la proportion à laquelle je suis arrivé dans mes statistiques personnelles. » Aussi en présence d'un ptosis on devra songer tout d'abord à la syphilis et le premier soin sera d'interroger le malade sur ses antécédents spécifiques. Le ptosis étant reconnu d'origine syphilitique, on instituera de suite un traitement *ad hoc*, et c'est surtout l'iodure de potassium qui rendra dans ces cas de grands services.

Avons-nous un ptosis de nature rhumatismale ? Galezowski recommande ici, comme très utiles, les sudorifiques, les bains de vapeur, les bains sulfureux.

Lorsque le ptosis dépendra d'un mauvais état général constitutionnel, il faudra soutenir les forces du malade par un régime fortifiant ; on lui administrera le sirop d'iodure de fer, le vin de quinquina, l'huile de foie de morue, etc. Dans le ptosis occasionné par les miasmes paludéens, Macnamara conseille l'usage de l'arsenic combiné avec le fer et la strychnine.

Enfin dans les cas d'aménorrhée, de chloro-anémie, il suffit bien souvent que les règles réapparaissent pour que l'on voie cesser aussitôt la chute de la paupière.

Nous ne pouvons terminer ce traitement médical du ptosis sans énumérer près de la thérapeutique générale les différents moyens locaux qui ont été utilisés. Des frictions sur le front, la tempe et la paupière avec des liniments aromatiques, pourront être avantageusement employées. Mackensie recommande la pommade à la vératrine, appliquée sur la tempe, le

sourcil et les paupières, en frictions prolongées et répétées trois ou quatre fois par jour. On pourra encore utiliser avec avantage, d'après Panas, la teinture d'iode ou bien les vésicatoires strychninés.

L'électrisation de la paupière supérieure selon les indications de Duchenne, de Boulogne, au moyen des appareils à induction, pourra amener de bons résultats. Dans les paralysies d'origine périphérique, les courants continus donnent, en effet, des résultats surprenants ; le pôle positif étant appliqué sur le front, on promène le pôle négatif sur les paupières, les yeux étant fermés. L'excitation doit être supportable ; 8 à 10 couples suffisent ; les séances répétées chaque jour devront avoir une durée moyenne de cinq minutes.

Gosselin, afin d'être plus sûr d'électriser le releveur, s'est servi d'une aiguille à acupuncture, qu'il conduisait à travers la paupière jusqu'au muscle releveur, l'aiguille étant mise en communication avec un des conducteurs de la pile.

---

## **2° Traitement palliatif.**

Mais les moyens médicaux n'ont donné aucun résultat, le malade, pusillanime, a horreur de la moindre opération, ou bien il peut être atteint de quelque maladie grave qui soit une contre indication à toute intervention chirurgicale ; c'est alors que l'on aura recours au traitement palliatif, traitement qui

comporte divers moyens. Dans beaucoup de cas, Bowman a libéré le globe de l'œil en faisant un pli transversal qu'il fixait avec du collodion; d'autres fois on a fait la même opération en se servant de diachylon.

De Græfe cite le cas d'un acteur qui se servait depuis bien des années d'une mince feuille de substance agglutinative, comme en emploient les doreurs.

On a imaginé divers petits appareils pour relever la paupière. On s'est servi d'une petite pince spéciale, ayant beaucoup d'analogie avec les serres-fines, et appelée pince à ptosis. Certain chirurgien usait d'un ressort de montre appliqué sur la tête depuis l'occiput jusqu'à l'œil. L'extrémité antérieure était munie d'une cheville d'ivoire qui relevait la paupière. Mackensie avait cherché à pallier les inconvénients du ptosis en faisant porter une petite baguette en ivoire qui, en se cachant dans les plis cutanés, refoulait la paupière; cette baguette était maintenue par un ressort de montre de la couleur de la peau du visage. Il était plus pratique de la faire tenir à une monture de lunettes et on s'est servi dans ce but de lunettes modifiées pour la circonstance.

M. C. Paul a conseillé d'ajouter à la partie postérieure du segment supérieur du cadre qui soutient les verres, un appendice en forme de lame mince qui, au moment où s'appliquent les lunettes, s'introduit entre le globe et la paroi orbitaire supérieure, refoulant la paupière et dégageant ainsi la pupille.

Wecker et Landolt recommandent quelques ligatures passées dans un pli de la peau et faites d'un fil d'argent très délié, ligatures qu'on peut laisser indéfiniment en place.

Ed. Mayer, dans son *Traité des opérations* (Paris 1871), conseille de remplacer comme moyen transitoire les serres-fines

qui souvent ne sont pas supportées par un procédé recommandé par de Græfe au Congrès d'Heidelberg en 1868. On saisit un petit pli de la peau au niveau du bord libre de la paupière, de manière à pouvoir y passer un fil de soie, on y fait un nœud et on coupe au niveau du nœud une des extrémités du fil. Puis on fait la même opération sur un petit pli de la portion orbitaire, on rapproche ces deux petits plis en liant les deux fils. De cette manière le bord libre de la paupière est attiré vers le bord orbitaire, le globe oculaire est par conséquent dégagé. De Græfe aurait souvent, et avec les meilleurs résultats, employé ce procédé qui n'est pas plus désagréable que l'emploi des substances agglutinatives.

---

### 3° Traitement chirurgical.

En présence de certains cas il n'est point d'hésitation à avoir sur le procédé chirurgical à employer, et presque toujours l'intervention est couronnée de succès. C'est quand on se trouve en présence d'un ptosis organique, on a une insuffisance relative du releveur mais point d'altération fonctionnelle de ce muscle.

La chute de la paupière est due à une exubérance et à un relâchement de la peau, à une hypertrophie des téguments, véritable éléphantiasis, ou bien à une accumulation de tissu

adipeux. Il suffit dans ces cas d'alléger la paupière pour que le releveur reprenne son activité et dégage la pupille, et pour ce faire on raccourcira cette paupière exubérante ou bien on enlèvera la masse graisseuse qui surcharge le voile palpébral.

Dans les cas d'exubérance et de relâchement de la peau, l'opération, fort simple, consiste à enlever un pli transversal des téguments. On limite tout d'abord l'étendue de peau à enlever, à l'aide d'une pince à béquille. Avec cet instrument, on saisit un pli de la peau exubérante, mais toujours à une certaine distance du bord libre ; et on engage alors le malade à ouvrir et à fermer l'œil. S'il n'y a aucune gêne dans les mouvements de la paupière, on est certain que c'est cette partie des téguments qu'il faut retrancher. Trois ou quatre fils fins, en soie, sont passés entre la pince et la peau ; un bistouri, engagé dans la fente de la pince, vient exciser le pli cutané. S'il restait, vers l'extrémité de la plaie, quelques petites parties qui n'auraient pas été coupées, on les retrancherait avec des ciseaux. Grâce aux fils que l'on a préalablement introduits, on rapproche les bords de la plaie et les sutures, ainsi faites, achèvent l'opération.

Dans les cas de ptosis lipomateux, il suffit de faire l'extraction de la tumeur. Après l'excision du repli cutané on aperçoit les pelotons graisseux ; on les énuclée très facilement et on réunit les lèvres de la plaie par quelques points de suture. Ne pas laisser de bourrelets graisseux entre les lèvres de la plaie parce que la réunion ne s'effectuerait plus. Dans d'autres cas les indications opératoires ressortent de l'étiologie du ptosis, tantôt on est en présence d'un abcès qu'il faut ouvrir, tantôt en face d'une tumeur dont il faut faire l'ablation.

On peut voir dans ces quelques cas d'insuffisance relative du

muscle releveur que le procédé chirurgical à employer se présente d'une façon très précise et qu'une opération, en général fort simple, suffit pour faire disparaître une difformité très disgracieuse et assurer le jeu normal de la paupière.

Mais le traitement chirurgical est loin de présenter la même simplicité et les mêmes bons résultats dans les cas de ptosis paralytique proprement dit. Les nombreux procédés, qui tour à tour ont été mis en usage contre cette affection, le prouvent assez.

#### Historique du traitement chirurgical.

En voyant cette paupière inerte recouvrir l'œil, on se dit que c'était là un voile trop long qu'il fallait raccourcir, et c'est dans ce but que divers procédés apparurent tour à tour.

On se proposa d'abord la destruction d'un pli transversal de la paupière. Destruction qui fut faite par les uns, comme Celse et Abulkasen, à l'aide du fer rouge ; par d'autres, comme Dioscoride et Bartish, en se servant de la compression jusqu'à destruction par gangrène. Enfin Callisen 1788, Helling 1815, Quadri 1819 et Jungken 1836, se servirent dans le même but de substances caustiques. Tous ces procédés ont été justement abandonnés.

Rappelons ensuite certains procédés qui jouirent de quelque faveur : l'excision d'une bandelette de peau elliptique à grand axe horizontal (qui est une méthode très ancienne) ; puis l'excision de un ou de deux plis verticaux, comme la pratiquait Janson. L'excision d'une bandelette triangulaire (procédé de

Diffenbach). Nous décrirons avec quelques détails deux autres procédés ayant pour but de fixer un pli de la peau, ce sont les procédés de Wardrop et de Gaillard : Par une ligature on peut diminuer la hauteur de la paupière. Il suffira pour cela de passer un fil d'une part au niveau du bord libre et d'autre part au niveau du bord orbitaire ; en liant le fil par dessus la paupière, l'inflammation que l'on provoque maintient la paupière dans sa nouvelle position. C'est Wardrop (d'après Himly, t. I, p. 128) qui, le premier, paraît avoir eu cette idée qu'il réalisa en passant un fil sous la paupière sur une longueur de 2 centimètres. Le deuxième procédé, qui a trouvé plus de crédit, est celui de Gaillard (*Bulletin de la Société de médecine de Poitiers*, 1844), vulgarisé par Rau de Berne. Gaillard enfonce au niveau de l'angle interne de l'œil une aiguille munie d'un fil ciré dans le muscle orbiculaire et à 2 centimètres plus profondément il la retirait, puis il faisait la ligature, de cette façon les points d'entrée et de sortie de l'aiguille se trouvaient rapprochés. Un autre fil était placé de la même façon à l'angle externe de la paupière. Ces ligatures coupent, compriment le tissu musculaire et sous la cicatrice il se forme une bride fibreuse qui maintient la paupière en bonne situation. Rau ajoutait encore une ligature au milieu de la paupière. Si l'inflammation était trop vive, l'auteur faisait quelques applications de compresses froides sur l'œil.

Tous ces procédés, excellents pour corriger le ptosis par hypertrophie ou état éléphantiasique de la paupière, le développement exagéré et atonique de la peau des paupières, n'obtiennent, dirigés contre le ptosis paralytique, aucun succès. En effet, à moins de la raccourcir d'une façon considérable, et alors on est exposé à la lagophtalmie, la paupière reste

toujours trop longue quand l'individu veut regarder au-dessus de l'horizon. De plus toutes ces opérations ne présentent aucune rigueur et par suite aucune garantie de réussite.

*Procédé de Hunt.* — Un chirurgien anglais, Hunt (de Manchester), constatant l'insuffisance de tous ces procédés, en imagina un autre. Il se proposa, le releveur de la paupière supérieure venant à faire défaut, à remplacer son action par celle du frontal qui agit dans le même sens. Une première incision supérieure est faite immédiatement au-dessous du sourcil, et s'étend, de chaque côté, jusqu'aux angles des paupières. L'incision inférieure descend plus ou moins près du bord libre et va rejoindre l'incision supérieure à chacune de ses extrémités. Le lambeau excisé offre alors la forme d'une feuille d'olivier. Les bords de la plaie sont réunis par trois points de suture. A la suite de cette opération, la paupière, considérablement diminuée, se relèverait et, comme le bord tarsal se trouve, pour ainsi dire, attaché à la peau du sourcil, que soulève le muscle occipito-frontal, il en résulterait un fonctionnement presque normal de la paupière.

Le lambeau cutané ainsi excisé ayant des proportions considérables, on a reproché à ce procédé de raccourcir le voile palpébral dans une étendue trop considérable et de priver l'œil de son organe protecteur, exposant ainsi au lagophthalmos et à l'ectropion. Toutefois l'opération a réussi plusieurs fois entre les mains de Hunt.

On ne saurait nier cependant que, après cette ablation presque totale de la paupière supérieure, il doit être très difficile de fermer les yeux ; et, en outre, si la vision est très améliorée comme le veut Hunt, ce petit moignon de paupière doit être bien disgracieux et défigurer passablement le malade.

*Procédé de de Græfe.* — Comparant la paralysie du releveur à celle des autres muscles de l'œil, de Græfe eut l'idée d'affaiblir le muscle antagoniste, c'est-à-dire l'orbiculaire, en retranchant une portion de ce muscle.

Dans ce but, de Græfe a proposé l'opération suivante. Incision à 5 ou 6 millimètres au-dessus du bord libre et parallèle à ce dernier d'un angle à l'autre de l'œil ; mettre à nu l'orbiculaire en décollant la peau, et écarter les bords de la plaie. A l'aide d'une pince et des ciseaux de Cooper, exciser alors les fibres musculaires dans toute la longueur de la plaie et sur une largeur de 4 à 5 millimètres, en laissant l'aponévrose orbitaire intacte. Si par hasard on venait à intéresser cette aponévrose, et s'il en résultait une hernie du tissu graisseux de l'orbite, capable d'entraver la réunion de la plaie, il serait nécessaire d'en enlever une partie. Afin que la coaptation des bouts du muscle sectionné soit aussi exacte que possible, on fera la suture de la façon suivante : tout d'abord, on saisira avec la pince les fibres musculaires qui subsistent sous la peau, puis on passera une aiguille à travers la peau sous le faisceau musculaire qu'on a saisi. De la même façon, on prendra un nouveau faisceau musculaire à la lèvre supérieure de la plaie, on passera l'aiguille sous ce faisceau et on la ramènera à l'extérieur à travers la peau. Si bien que, lorsqu'on suturera les fils, la solution de continuité du muscle sera comblée en même temps que la plaie cutanée. Quatre ou cinq fils suffiront pour réunir la plaie jusque sur les parties latérales. Par cette opération, on obtiendra un raccourcissement de la portion sous-cutanée de la paupière supérieure, une diminution de l'action de l'orbiculaire, et, enfin, l'action du muscle releveur sera facilitée par la rétraction de la paupière.

La quantité d'orbiculaire à exciser dépend du degré du ptosis. Lorsque le ptosis est compliqué d'une augmentation de longueur de la paupière, de Græfe conseille d'ajouter à l'excision sous-cutanée une excision de la peau, en coupant une tranche transversale à convexité supérieure.

M. Gosselin « doute que cette opération ait jamais donné de bons résultats : ce qui reste de l'orbiculaire suffit toujours pour maintenir l'occlusion que ne peut faire cesser le releveur entièrement paralysé. »

*Procédé de Bowman.* — Ce chirurgien a cherché à diminuer l'action prépondérante du sphincter en saisissant la partie tarsale de ce muscle dans une ligature sous-cutanée. L'excision de la peau était en tout identique à celle que pratiquait de Græfe ; mais tandis que ce dernier excisait l'orbiculaire, Bowman le décollait au loin sous la peau, puis le tirait et l'élevait en haut en faisant un pli musculaire qu'il suturait.

Le procédé de Bowman diffère donc de celui de de Græfe par ce fait qu'il ne sacrifie pas le muscle orbiculaire. Il le raccourcit simplement afin d'élever la paupière.

M. Panas, en 1873, opéra, à l'hôpital Saint-Louis, une femme de vingt-quatre ans, atteinte d'un ptosis congénital de la paupière supérieure gauche. L'opération eut d'excellents résultats et ce succès fut obtenu par Panas en modifiant et en combinant les deux procédés de Hunt et de de Græfe. Voici d'ailleurs comment l'auteur décrit l'opération : « A l'aide d'une pince à serres-fines, je fis à la peau un pli suffisant que j'excisai d'une commissure à l'autre et dont la hauteur s'étendait du bord supérieur du cartilage tarse jusqu'au sillon orbito-palpébral supérieur. J'enlevai de la sorte un lambeau de la peau de forme ovulaire ; les fibres superficielles du muscle orbicu-

laire étant alors apparues, je les excisai avec soin non seulement dans toute l'étendue de la plaie cutanée, mais encore au loin sous la peau, de façon à mettre largement à découvert le ligament suspenseur du cartilage tarse. J'ai réuni ensuite les deux lèvres de la plaie avec des sutures métalliques comprenant toute l'épaisseur de la paupière (peau, muscle orbiculaire, ligament palpébral et conjonctive).

« En opérant de la sorte, on affaiblit considérablement le muscle orbiculaire au profit de son antagoniste, le releveur, et l'on n'a point à craindre l'ectropion puisqu'on raccourcit dans une égale mesure toutes les couches constituant de la paupière.

« Le résultat a complètement répondu à mon attente : aujourd'hui, c'est-à-dire six mois après l'opération, le malade se sert librement de cet œil pour travailler. La paupière supérieure jouit d'une élévation, à peu de chose près, complète, grâce à l'action prépondérante et directe du muscle occipito-frontal sur ce voile membraneux. Bien que paraissant douloureuse, cette opération a pu être exécutée sans chloroforme et sans perte notable de sang. »

M. Galezowski a employé avec succès un procédé peu différent de celui de M. Panas. Comme celui-ci, il enlève à la peau de la paupière et au muscle orbiculaire un lambeau de forme ovulaire ; mais, en plus, il fait l'excision d'une portion du cartilage tarse et de son ligament suspenseur. Même suture que dans le procédé de M. Panas.

*Procédé d'Everbusch.* — Nous reproduisons l'analyse de cette méthode de traitement du ptosis, proposée par Everbusch, analyse qui fut faite dans les *Annales d'Oculistique*, t. XC, p. 141. « Le sujet étant anesthésié, Everbusch glisse

sous la paupière supérieure le blépharostat de Suellen, dont la plaque doit remonter haut sous la paupière ; mais, avant de serrer la paupière dans le demi-anneau, on fait descendre au-dessous de celui-ci autant de peau palpébrale que faire se peut, de sorte qu'en serrant la vis, l'instrument comprend dans l'anneau la portion tarsale de la paupière supérieure et ses prolongements vers le cul-de-sac conjonctival et la peau du front. L'opérateur incise ensuite la peau et les couches de l'orbiculaire dans toute la largeur de la paupière, parallèlement au bord palpébral, à distance égale de ce dernier et du sourcil. Il dissèque ensuite la peau et le muscle sous-jacent, en haut et en bas, sur une étendue de 4 millimètres, de sorte que le cul-de-sac supérieur et l'attache de l'élévateur sont accessibles sur la lame tarsale de la paupière et le muscle peut être mis à découvert. L'extrémité du releveur est saisie dans trois ligatures séparées (soie phéniquée) dont les fils sont glissés entre l'orbiculaire et le tarse pour ressortir dans le bord libre de la paupière où on les noue sur des perles de verre. La plaie cutanée est réunie par trois sutures verticales, et le compresseur enlevé avant le dernier acte de l'opération.

Le principe de l'opération a beaucoup de rapport avec l'avancement d'un tendon musculaire, mais en diffère en ce sens que l'insertion musculaire n'est pas détachée pour être avancée, mais attirée par les sutures en avant et en bas ».

Meyer, (*Revue générale*, 1885), dissèque la peau de la paupière du bord ciliaire jusqu'au-dessus du sourcil en y taillant un lambeau quadrangulaire à bord supérieur. Trois points de suture au catgut, passés entre le muscle orbiculaire et le tarse, attirent la paupière vers le sourcil. Finalement, le lambeau de peau est rattaché au bord ciliaire par des sutures

de soie antiseptique. Grâce à l'emploi de l'antisepsie, la suppuration n'envahit pas ce lambeau, et il n'y a pas de cicatrice très apparente.

*Procédé basé sur la suppléance du frontal.* — Le procédé de Hunt avait déjà pour effet de mettre, par une large cicatrice, le bord ciliaire en rapport avec le sourcil et par suite avec les muscles qui le font mouvoir. Mais ce fut M. Dransart (de Somain) qui, à l'aide d'une nouvelle méthode, réalisa d'une façon complète la suppléance du releveur par le frontal, tout en laissant dans leur intégrité la peau de la paupière et le muscle orbiculaire.

Nous ne saurions mieux décrire le procédé qu'en reproduisant une observation publiée par M. Dransart dans les *Annales d'oculistique*.

« J'ai actuellement dans ma clinique un jeune homme qui était atteint de blépharoptose absolue, et chez qui le muscle frontal remplit admirablement l'office d'élévateur de la paupière supérieure... Chez ce malade, l'élévation de la paupière se fait au même degré que sur l'œil sain. Je me suis servi de fils de soie munis de deux fortes aiguilles courbes et, sans incision préalable de la peau, j'ai introduit une première aiguille à travers la partie supérieure et médiane du cartilage tarse; après avoir traversé ce cartilage, l'aiguille fut dirigée en haut, à travers le tissu cellulaire sous-cutané des paupières et sous le muscle sourcilier, puis vint sortir dans la peau du front à 3 ou 4 millimètres au-dessus du milieu du sourcil.

La seconde aiguille fut introduite dans le cartilage tarse, à quelques millimètres de la paupière; je lui fis parcourir le même chemin et la fis sortir à côté de sa congénère. Cela fait, je posai un fil à droite et à gauche de ce premier, absolument

dans les mêmes conditions, et j'obtins ainsi trois voies de traction, reliant le cartilage tarse au muscle frontal. J'interposai un peu de peau de gant, au niveau des trois anses, puis je nouai ces fils en nœud de cravate, en ayant soin de mettre à ce niveau un petit rouleau de peau de gant comme au niveau des anses. Il ne faut pas craindre de serrer les nœuds et de relever ainsi la paupière, un peu au-dessus du but que l'on se propose : l'excès de correction tend toujours à diminuer naturellement. Dans le cas présent, j'ai laissé les fils pendant huit jours dans la même position, puis j'ai enlevé la peau de gant au niveau de l'anse, et j'ai serré les nœuds chaque jour de plus en plus et progressivement, jusqu'à ce que l'anse arrivât à sortir au-dessus du sourcil, coupant ainsi les tissus et établissant une traînée cicatricielle solide : il se produisit pendant cette période un gonflement des paupières ; il y eut même un peu d'extrophie de la conjonctive, mais tous ces petits accidents disparurent d'eux-mêmes, aussitôt que les fils furent enlevés.

« Ce procédé m'a donné, je le répète, un résultat tout à fait remarquable, qui démontre l'efficacité de la méthode. »

Les trainées cicatricielles servent d'intermédiaire entre le cartilage tarse et les fibres du muscle frontal dont elles constituent, pour ainsi dire, le tendon d'attache. Le frontal devient par le fait le muscle élévateur de la paupière supérieure. (Dransart).

L'opération de Dransart aurait l'avantage de ne nécessiter aucune incision et de laisser absolument intacts tous les éléments constitutifs de la paupière. Quelques anses de fil dont la convexité est au-dessus du cartilage tarse, et dont les ex-

trémities sont au niveau de l'arcade sourcilière, tel est le procédé qui est fort simple, du moins en principe.

Suivant M. Darier (*Annales d'oculistique*, 1888), « le procédé de Dransart, mis en pratique par M. Abadie, lui a toujours donné d'excellents résultats, mais il faut pour cela laisser les fils en place jusqu'au quatrième ou cinquième jour. Si par une traction trop forte des fils, la cornée reste découverte au contact de l'air ou du pansement, il faut la protéger par un verre de montre. Si les fils provoquent trop de suppuration le long de leur trajet, il faut faire des lavages antiseptiques fréquents et des pansements à l'iodoforme; mais jamais à aucun prix, sous peine de compromettre le résultat de l'opération, il ne faut retirer les fils avant qu'ils aient complètement sectionné les tissus pris dans leur nœud. La trainée fibreuse n'est obtenue qu'à ce prix. »

*Procédé de M. Pagenstecker.* — Un an après M. Dransart, M. Pagenstecker de Wiesbaden décrivit un procédé basé sur le même principe.

« J'ai, dit M. H. Pagenstecker, employé dans ces derniers temps un procédé dont le principe consiste à transporter l'action du muscle frontal directement sur la paupière supérieure et à remplacer ainsi le releveur par le frontal. Je devais arriver à ce résultat en établissant un cordon cicatriciel superficiel capable de transmettre directement à la paupière supérieure, ou plutôt au bord palpébral, l'action du muscle frontal; pour cela je procédai de la manière suivante: à peu près à la largeur d'un doigt au-dessus du milieu de l'*arcus superciliaris*, j'introduis une aiguille munie d'un fort fil qui, glissant sous la peau, ressort à peu près au milieu de la paupière supérieure, exactement au bord ciliaire. Je fais alors un nœud

que je serre modérément et qui, progressivement resserré chaque jour, finit par couper la peau. Les phénomènes de réaction sont relativement très faibles. La difformité produite par la cicatrice est minime et se trouve largement compensée au point de vue cosmétique, par la disparition du ptosis. »

*Procédé de L. de Wecker.* — Cet auteur recourt à une combinaison des anciens procédés opératoires du ptosis avec un nouveau genre de sutures élévatrices basé sur le principe indiqué par Pagenstecher.

« De même que dans le procédé de de Græfe, on résèque un lambeau ovalaire comprenant la peau et le muscle orbiculaire, ou encore n'intéressant que le muscle seul, à l'aide d'une incision courant à 4 ou 5 millimètres le long du bord libre de la paupière. Cette incision est pratiquée soigneusement en se servant d'une pince hémostatique qu'on retire ensuite. De quelque étendue qu'ait été l'excision de la peau et du muscle orbiculaire, je ne place jamais plus de deux sutures, tandis qu'il en fallait cinq ou six dans l'ancien procédé.

« Voici comment s'obtiennent à la fois la fermeture de la plaie et le relèvement de la paupière : on pénètre avec une aiguille munie d'un fil de soie (soigneusement désinfecté et trempé, au moment même de s'en servir, dans une solution concentrée d'acide salicylique ou d'acide borique) en un point situé au-dessus du sourcil, à une largeur de doigt plus haut que le rebord orbitaire supérieur. Glissant sous la peau et le tissu musculaire, on ressort à la partie supérieure de la plaie, au-dessous du muscle orbiculaire coupé. On pénètre alors de nouveau au-dessous du muscle orbiculaire près de la plaie inférieure, et l'on ressort au milieu de la bandelette cutanée. Un pont de 5 à 6 millimètres étant ménagé, on suit la marche

inverse, c'est-à-dire que l'aiguille est dirigée sous la peau et le muscle, ressort dans la plaie pour rentrer à la partie supérieure de celle-ci, chemine sous le sourcil, et sort définitivement à un demi centimètre du point d'entrée, au-dessus du sourcil. Une seconde suture semblable est placée à côté, à une distance d'un centimètre à peu près.

« Une douce traction permet de fermer, avec la plus grande facilité, la plaie qui se coapte merveilleusement, puis on lie, à la manière d'un nœud de cravate, les extrémités de la suture au-dessus d'un petit rouleau de peau de gant. En fermant les sutures, on s'assure bien que l'on n'a pas relevé la paupière au-delà du but qu'on se proposait, et que le malade n'a pas perdu le pouvoir de fermer ses paupières. Autrement rien n'est plus facile que de dénouer les sutures, pour les fermer ensuite d'une façon moins serrée. »

Quand les fils de soie ont été bien désinfectés, on peut, suivant M. de Wecker, laisser les sutures en place pendant des semaines. On les resserre de temps en temps sur le petit rouleau de peau de gant, jusqu'à ce qu'elles aient coupé le petit pont de peau laissé au-dessous de la section.

M. Gayet (Lyon), reprenant le procédé de Dransart, a recommandé, comme perfectionnement, l'emploi de la galvano-caustique. Que veut-on obtenir ? Des tendons artificiels unissant le bord du tarse au muscle frontal par la formation de cicatrices dans l'épaisseur des tissus. Or, à son gré, on peut avoir ces cicatrices au moyen de l'anse galvanique.

Pour la placer, l'auteur préconise l'usage des aiguilles tubulées de Sims, si commodes à diriger et à conduire dans tous les sens au milieu des tissus. On aurait ainsi un double avantage : outre celui de bien placer les fils, et par conséquent de

donner au tissu rétractile la direction et la situation précise que l'on a en vue; on peut, autre avantage, graduer à volonté leurs effets en variant leur grosseur.

*Procédé de M. Abadie.* — M. Abadie s'est servi d'un procédé par avancement du muscle releveur de la paupière supérieure fort semblable à la méthode d'Everbusch.

Le tendon du releveur de la paupière est tellement mince, qu'il est pour ainsi dire impossible de l'isoler; aussi serait-ce tout-à-fait illusoire de vouloir le détacher de son insertion. pour l'avancer ensuite et le greffer sur le cartilage tarse. M. Abadie a tourné la difficulté en plissant le muscle sur lui-même de façon à le raccourcir sans le détacher, son action devenant ainsi plus puissante.

On met à nu, en enlevant un lambeau de peau et du muscle orbiculaire, le tendon du releveur, que l'on plisse sur lui-même en le saisissant entre les mors d'une pince. Ensuite avec un fil on traverse d'abord la lèvre inférieure de la plaie cutanée, puis le pli musculaire et enfin la lèvre cutanée supérieure. Trois ou quatre fils sont ainsi passés et noués.

D'après les deux observations suivantes, ce procédé semblerait avoir donné à l'auteur de bons résultats.

#### OBSERVATION I

M. X..., 47 ans, se plaint de ce que la paupière de son œil droit tombe et le gêne pour voir. La paupière en effet est très épaisse et recouvre la moitié de la pupille. Les cils sont presque cachés sous un repli cutané flasque et pendant qui donne à l'œil un très désagréable aspect. La peau saisie entre les doigts se laisse détacher des parties profondes et conserve les plis qu'on lui donne. Le malade sent que la paupière est lourde qu'il a beaucoup de peine à la soulever, mais il n'y a pas de paralysie à proprement parler. Nous sommes en présence d'un de ces cas que Des-

marres décrivait sous le nom de *ptosis adiposa*. M. Abadie pour remédier à cette difformité résèque un lambeau cutané assez large avec tout le tissu graisseux sous-jacent qui forme comme une tumeur et communique avec le fond de l'orbite ; puis il fait l'avancement par plissement du muscle releveur de la paupière.

Résultat très satisfaisant. La paupière mince et souple se lève facilement et la pupille est aussi visible que de l'autre côté.

## OBSERVATION II

Enfant Berton..., 4 ans, atteint de ptosis congénital de l'œil droit, est opéré par le procédé de M. Abadie (avancement par plissement du tendon du releveur à la paupière supérieure). Un lambeau de peau de 5 millimètres de large est réséqué parallèlement au bord de la paupière et dans toute la longueur. Une aiguille courbe chargée d'un fil de soie, traversant d'abord le lambeau cutané inférieur, saisit le bord supérieur du cartilage tarse et va traverser aussi loin que possible le muscle releveur ; l'aiguille est enfin passée à travers le lambeau cutané supérieur et le fil fortement noué. Deux autres fils passés de la même manière ferment la plaie et relèvent le bord palpébral. La réunion se fait par première intention et les fils sont enlevés le 3<sup>e</sup> jour. Le résultat est assez bon, la fente palpébrale est assez large pour que l'enfant tenant la tête un peu relevée, la pupille apparaisse tout entière.

*Procédé de M. Boucheron.* — Différent quelque peu du procédé de M. Abadie : « J'ai employé dans le ptosis, dit l'auteur, la tarsectomie avec avancement du muscle releveur de la paupière et excision d'une partie de l'orbiculaire antagoniste, en opérant du côté de la conjonctive, pour éviter toute cicatrice cutanée. Voici le procédé opératoire :

1<sup>o</sup> Incision, le long du bord orbitaire, du cartilage tarse, en réservant une bande d'un millimètre d'épaisseur, comprenant l'insertion du tendon du releveur ;

2° Dissection et excision du tarse à 2 millimètres du bord ciliaire ;

3° Excision d'une partie des fibres de l'orbiculaire pour diminuer la puissance de l'antagoniste du releveur ;

4° Suture au catgut des deux bords de la plaie tarsale, en comprenant dans la suture le plus possible du tendon du releveur.

« On obtient ainsi un allègement du poids de la paupière à soulever, une augmentation de la puissance du releveur palpébral avancé, une diminution de l'action de l'orbiculaire antagoniste, enfin, l'intégrité de la peau et de la forme de la paupière. »

*Procédé de M. Panas.* — M. Panas, en 1887, a donné la description d'une nouvelle méthode de traitement du ptosis. Voici quel est ce procédé, d'après l'auteur lui-même :

« Étant donné un ptosis congénital ou paralytique complet de la paupière supérieure, nous commençons par fixer la paupière sur la plaque en corne, préalablement introduite jusqu'au fond du cul-de-sac conjonctival correspondant.

Au même moment, un aide applique la main sur le front du malade, pour empêcher les téguments de se laisser entraîner en bas par le chirurgien, ce qui détruirait le parallélisme des différentes couches composant la paupière.

L'opérateur, armé d'un petit bistouri convexe, trace une incision horizontale, à concavité inférieure, allant d'une commissure à l'autre, mais interrompue au milieu, dans l'étendue de 8 millimètres. Cette incision suit le bord adhérent du tarse ou, pour mieux dire, le sillon de séparation de la portion tarsienne et de la portion orbitaire de la paupière, sillon qui cor-

respond exactement à l'endroit où le tendon de l'élévateur se confond avec le ligament suspenseur.

A partir de l'extrémité interne de l'incision externe, et de l'extrémité externe de l'incision interne, on élève deux incisions verticales et parallèles qui s'arrêtent au sillon de séparation de la paupière avec les sourcils, près du rebord orbitaire.

Une nouvelle incision horizontale de 2 centimètres, à légère concavité inférieure, relie entre elles les deux incisions verticales.

Cette incision devra intéresser toutes les parties molles jusqu'au périoste du rebord orbitaire qu'il faut respecter.

On dissèque alors de haut en bas le petit lambeau médian, ainsi que sa base ciliaire, en passant entre le muscle orbiculaire en avant et le tarse en arrière. Il faut prendre garde de ne pas entamer nulle part le ligament suspenseur de la paupière.

Une dernière incision courbe, parallèle à la précédente, est alors pratiquée immédiatement au-dessus du sourcil, dont elle suit le bord supérieur dans l'étendue de 3 centimètres. Cette incision doit comprendre la peau et le muscle sourcilier et ne s'arrêter que quand on a mis le périoste à nu.

Cela fait, on dissèque soigneusement le pont musculo-cutané compris entre les deux incisions sourcilières, en respectant soigneusement le ligament suspenseur des paupières et le périoste frontal qui lui fait suite.

Le pont sourcilier, une fois détaché complètement, on l'attire en bas et l'on y fait glisser dessous la paupière, dont on cherche à mettre le lambeau saignant en contact avec celui de la peau du front et du muscle frontal divisé.

Trois points de suture, faite avec de la soie fine antiseptique, fixent définitivement le petit lambeau au front.

Comme la traction exercée par ce lambeau cutané médian pourrait ectropionner les paupières, nous pratiquons, depuis notre première opération, deux autres sutures latérales, qui, cette fois, embrassent le ligament suspenseur et la conjonctive, à l'exclusion de la peau, et vont se fixer à la lèvre supérieure de l'incision supra-sourcilière.

Grâce à ces deux plans de sutures, la paupière s'élève directement et la forme de la fente palpébrale n'est pas changée.

Il ne reste plus qu'à laver la région et à panser le malade d'après toutes les règles de la méthode antiseptique.

Il va sans dire qu'avant de fixer la suture, il faut calculer l'effet obtenu, qu'on graduera sur le plus ou moins de chute du voile palpébral, qu'il s'agit de relever.

Au début, on obtient toujours une hyper-correction, qui n'est point à redouter. L'expérience démontre, en effet, que la paupière ainsi relevée descend petit à petit au point que, plus tard, le résultat ne pêche jamais par excès. Il en est ici comme dans la correction du strabisme.

Généralement, on peut enlever les points de suture vers le cinquième ou le sixième jour, mais il faut continuer à appliquer le bandage contentif jusqu'à ce que la cicatrice devienne solide.

Quatre à six semaines après l'opération, le ptosis se trouve définitivement corrigé, et c'est à peine si on remarque les traces de l'opération, sous la forme de deux liserés cicatriciels, dont l'un est caché par le sourcil, et l'autre se trouve perdu dans le fond du pli physiologique de la paupière.

Pour expliquer ce résultat, il faut que nous insistions un

instant sur ce qui se passe après la réunion primaire des lambeaux.

Sous l'action de l'élasticité des tissus composant la paupière, d'une part, et par l'effet de la force tonique et contractive du muscle frontal, d'autre part, le tissu cicatriciel, nouveau, qui les relie s'allonge.

Il n'est pas moins vrai que, désormais, grâce à cette nappe cicatricielle profonde, le muscle frontal, en se contractant, relève la paupière, et supplée ainsi au défaut d'action de l'élévateur absent. Nous ajouterons que, par suite de la rétraction progressive du tissu cicatriciel, l'élévation de la paupière paralysée se complète de plus en plus.

Le muscle sourcilier, détaché, n'entremêle plus ses fibres d'insertion à celles du frontal, comme cela a lieu à l'état normal, ce qui diminue d'autant son action antagoniste sur la peau du front. »

M. Panas semble avoir obtenu, à l'aide de cette méthode, des résultats satisfaisants. Nous reproduisons les deux observations suivantes que l'auteur a publiées.

#### OBSERVATION I

Marhy, femme, 44 ans, entrée le 26 mars 1885, salle Sainte-Agnès, n° 3.

Il y a trois ans, développement d'une tumeur dans la glande lacrymale droite ; opérée par M. Richet, après qu'on eut dirigé contre tumeur un traitement antisiphilitique. Il s'agissait d'un sarcome de la glande. Au cours de l'opération, on dut pour arriver aux limites de la tumeur, intéresser le muscle releveur de la paupière supérieure, il en résulta après la guérison un ptosis complet et absolu

En octobre 1884, mon chef de clinique fit une première tentative, au moyen d'une incision horizontale, et du placement d'une anse de fil, passée dans le cartilage tarse et venant sortir au-dessus du sourcil, après avoir suivi dans la profondeur toute la hauteur de la paupière. Le résultat ne fut pas définitif et bientôt la chute de la paupière était presque aussi complète qu'avant l'opération.

A son entrée à l'hôpital, le 26 mars, l'œil droit est complètement fermé. En faisant les plus grands mouvements qu'elle peut produire, elle arrive, grâce à la contraction énergique de son muscle frontal, à séparer un peu les paupières qui ne s'écartent pas plus de 5 ou 6 millimètres, ce qui ne permet même pas de voir le bord inférieur de la cornée. Il n'existe pas d'anesthésie dans la région. La malade éprouve un peu de gêne, plutôt une sensation de pesanteur. Les mouvements des yeux sont libres.

Opérée le 3 avril, sous le chloroforme. Je fais une section en raquette à concavité inférieure des téguments de la paupière supérieure, le long du bord supérieur du tarse. Par son milieu, cette incision se rapproche du sourcil : la peau de la paupière supérieure, y compris le muscle orbiculaire, est disséquée jusqu'au cartilage tarse. Une seconde incision suit le bord supérieur du sourcil. Je pratique alors la dissection des téguments entre les deux incisions, de manière à avoir un pont qui soit formé par la région sourcilière, peau et muscle. Quatre fils passant sous le pont réunissent la lèvre inférieure de l'incision palpébrale à la lèvre supérieure de l'incision frontale. Pansement de Lister.

6 avril. Réunion par première intention ; le pansement ne contient pas une goutte de pus, on enlève les sutures.

13 avril. La malade quitte l'hôpital, l'adhérence de la paupière à la peau de la région frontale est parfaite. L'épiderme de la paupière en contact avec la surface profonde du pont sourcilier est légèrement desquamé, il y a à ce niveau quelques gouttes de sécrétion purulente mêlée avec de l'épiderme macéré et du sebum.

Le résultat est très satisfaisant d'ailleurs et la malade en est enchantée. Sans contraction exagérée du frontal, l'orifice palpébral du côté droit est presque aussi largement ouvert que du côté opposé, lorsque la malade regarde devant elle.

Aussi l'exercice de la vision binoculaire ne laisse plus rien à désirer après elle. La paupière présente une encoche médiane que j'ai évitée

depuis, en passant deux autres sutures latérales à travers le ligament suspenseur à l'exclusion de la peau.

## OBSERVATION II

A. Henriot, enfant de 13 ans, entré le 21 avril, salle Saint-Julien, n° 26.

A l'âge de 11 ans, il a fait une chute sur un bec de gaz; il en est résulté des lésions très graves qui ont abouti à la perte totale de l'œil avec atrophie du globe. Il existe actuellement un large colobome traumatique de la paupière supérieure, dont les deux lèvres adhèrent au globe et forment un symblépharon très prononcé surtout au niveau de la lèvre interne qui est adhérente dans toute son étendue. La lèvre externe est exubérante, et la muqueuse, sous la forme d'un gros bourrelet rouge, sillonné par des brides cicatricielles, recouvre totalement le moignon oculaire auquel elle adhère.

Opération le 28 avril. Dissection du symblépharon, avivement des lèvres du colobome pour restaurer la paupière supérieure. On pratique ensuite la suture de la conjonctive pour empêcher la reproduction du symblépharon. Enfin, opération du ptosis par le procédé de la suppléance du frontal. Pour cela, comme dans le cas précédent, on fait un pont sous le sourcil. Après dissection du lambeau palpébral, on réunit la paupière au bord supérieur de l'incision frontale. Pansement antiseptique.

1<sup>er</sup> mai. Il n'existe pas de suppuration, les fils conjonctivaux et palpébraux inférieurs sont enlevés.

3 mai. On enlève les fils du lambeau frontal : poussée d'eczéma impétigineux de la face qui ne fait qu'augmenter les jours suivants, ce qui empêche les pansements compressifs. Glycérolé d'amidon, poudre d'amidon et d'oxyde de zinc.

15 mai. L'eczéma envahit la paupière supérieure et il existe un peu de desquamation au niveau de la partie qui répond à la surface profonde du sourcil; malgré cet impetigo la réunion est faite et la paupière reste adhérente au pont.

Cet état persiste jusqu'à la fin de mai.

Au 13 juin, on constate l'état suivant : le cul-de-sac conjonctival est

bien reformé ; la paupière supérieure bien régulière est encore exubérante et sa muqueuse très épaisse tend à s'ectropionner et à former un bourrelet saillant. Cautérisation du bourrelet muqueux au thermo-cautère.

Le 15. Le bourrelet muqueux est très affaissé, et pour le réduire davantage on y applique journellement de la pommade au bioxyde d'hydrygyre en même temps qu'on exerce une compression à l'aide du bandage occlusif.

Le malade sort le 25 juin.

Ici encore, je n'avais pas suturé isolément le ligament suspenseur du tarse.

Le jeune malade se représente dans la clinique le 5 décembre. Nous constatons que la paupière demeure régulière et ample ; que le symblépharon ne s'est pas reproduit ; que le moignon de l'œil possède toute sa liberté de mouvements ; que le cul-de-sac supérieur conserve toute sa profondeur ; et qu'à part un certain reste de ptosis, et la présence d'un peu du bourrelet muqueux cicatriciel vers l'angle externe de la paupière, l'opération a parfaitement réussi.

Lorsqu'on invite le malade à ouvrir largement l'œil, il contracte son muscle occipito-frontal, et il arrive à dégager presque complètement son moignon d'œil. Ce résultat est d'autant plus remarquable, qu'il s'agit ici d'une paupière colobomateuse, qui avait été déchirée verticalement, avec production ultérieure de symblépharon, et d'un ectropion par gonflement cicatriciel de la conjonctive sous-jacente. Si nous ajoutons que le globe de l'œil est atrophié et réduit à l'état de moignon, conditions qui privent la paupière de tout soutien, on comprendra sans peine que la correction n'ait pas été aussi complète que chez la malade de la première observation.

Ce qui frappe le plus chez tous les malades opérés et guéris par la suppléance du muscle frontal, c'est un état de *contraction réflexe* continue de ce muscle. Cette espèce de contraction tonique est elle-même plus prononcée du côté opéré que du côté sain, et des rides existent au front d'une façon permanente. Ce n'est que quand la malade ferme volontairement les yeux que ces rides disparaissent.

En 1888, M. le professeur agrégé Vautrin, ayant à traiter un ptosis, eut l'idée de limiter par deux incisions verticales un lambeau du muscle frontal, qu'il rabattit de façon à ce que sa partie supérieure, amenée jusqu'au voisinage du cartilage tarse, pût y être fixée par quelques points de suture au catgut.

D'ailleurs cette nouvelle méthode opératoire se trouve détaillée dans l'observation suivante que nous devons à l'obligeance de M. Vautrin.

*Observation inédite, communiquée par M. le professeur agrégé  
Vautrin*

Kars Antoine, 58 ans, était venu à la consultation au mois de juillet 1888, pour une déchirure de la paupière supérieure de l'œil gauche. Cette paupière avait été déchirée complètement par une morsure de chien ; le lambeau de la paupière tombait en avant de l'œil, et la plaie, ayant une direction transverse, allait de l'angle interne de l'œil jusqu'à 7 millimètres de l'angle externe au-dessus du cartilage tarse. Cette plaie intéressait toute l'épaisseur de la paupière y compris la muqueuse.

M. Adam, alors interne du service, fit la suture de la plaie et des pansements successifs.

Au bout de un mois et demi environ, le malade est guéri, mais il ne peut relever la paupière si ce n'est un peu vers l'angle externe où le releveur n'a pas été coupé. Toute la paupière reste inerte en avant de l'œil.

Le malade demande à ce qu'on tente sa guérison. Il entre à l'hôpital.

Opération le 21 septembre sous le chloroforme. Je me proposai d'inciser la paupière au niveau de la cicatrice, de rechercher la partie supérieure sectionnée du releveur et de la suturer au cartilage tarse ; mais, malgré mes efforts, je ne pus parvenir à retrouver ce releveur. Je cherchai même à passer avec une aiguille courbe à travers un reste de tissu dur, cicatriciel, qui se trouvait au-dessous de l'arcade orbitaire, croyant prendre le releveur à ce niveau, mais ce fut sans résultat. Je fis alors une incision partant de l'angle interne de l'œil et se dirigeant obliquement sur le front ; je disséquai les deux lèvres de la plaie en avant du

muscle frontal, puis par deux incisions verticales ; je limitai sur ce muscle un lambeau de 18 à 20 millimètres de large à son sommet, un peu moins large à sa base, et d'une hauteur de deux centimètres environ. Je rabattis le lambeau autour de son pédicule, qui se trouvait être vers la partie interne de l'arcade orbitaire, jusqu'à amener la partie supérieure du lambeau au voisinage du cartilage tarse, où je le fixai par des points de suture au catgut. Par-dessus ce lambeau, je ramenai les bords légèrement libérés de mon incision, et suturai la peau aux crins de Florence, sur toute la partie de la plaie. J'appliquai un pansement à la gaze iodoformée et aux bourdonnets de coton, maintenu par une bande de tarlatane ; et je laissai ce pansement en place pendant une douzaine de jours.

Quand je levai le pansement, la réunion était complète ; mais il existait une certaine tuméfaction de la paupière qui empêchait les mouvements ; ce n'est qu'au bout de quelques jours que cette tuméfaction disparut sur la paupière, restant encore dans l'angle interne de l'œil.

Un mois après l'opération, le malade pouvait soulever sa paupière, non sans contracter en même temps le muscle frontal, ce qui fronçait la peau. Il s'habitua très vite à ce petit tic qui reparaitra chaque fois que le malade lèvera la paupière.

La paupière ne peut être soulevée complètement pour découvrir toute la partie antérieure du globe de l'œil ; mais, dans la vision directe et un peu au-dessus de l'horizon, le malade voit parfaitement les objets qui sont devant lui. Pour les objets un peu élevés, la pupille vient se cacher en partie derrière la paupière.

Résultat satisfaisant puisque le malade peut travailler, regarder devant lui sans effort et sans aucune fatigue.

*Résumé.* — L'excision d'un pli horizontal de la peau de la paupière, suivie de suture des lèvres de la plaie (procédé ancien) ; l'opération de Hunt, de Manchester, qui ne diffère de la méthode précédente que par l'étendue plus grande de la perte de substance ; le procédé de Galezowski, sont, de l'avis de tous les auteurs, insuffisants pour remédier à un véritable ptosis par absence ou paralysie du muscle élévateur de la paupière supérieure.

Les procédés de Bowman et de Græfe ne sauraient répondre avec profit au défaut d'action absolue du muscle releveur de la paupière, et ne sauraient être proposés qu'en cas de *simple insuffisance* de ce muscle.

Everbusch prétend avancer le muscle élévateur, qu'il met à nu par une incision faite à la peau et à l'orbiculaire. Ce procédé compliqué et d'une efficacité douteuse serait tout au plus applicable au ptosis atonique ou ptosis par paresse, par insuffisance du releveur.

Il n'en est plus de même des différents procédés basés sur la suppléance du frontal, procédé de Dransart, procédé de Pagenstecker. Relier par des trainées de tissu cicatriciel le cartilage tarse aux muscles frontal et sourcilier de façon à ce que ces muscles, en se contractant, puissent entraîner avec eux la paupière supérieure; tel est le principe du procédé de Dransart. Il fut également mis en pratique par Pagenstecker et de Wecker, chacun par un procédé un peu différent dans le détail, mais basé toujours sur la suppléance du frontal au releveur de la paupière.

L'opération de Dransart a l'avantage de ne nécessiter aucune incision et de laisser intacts tous les éléments constitutifs de la paupière. Ce procédé a encore sur les autres l'avantage de permettre le dosage de l'effet à obtenir. Cette méthode, qui a donné de bons résultats, n'est cependant pas infaillible et M. Dianoux (de Nantes), l'un des plus fervents partisans du procédé de M. Dransart, signale un échec qu'il lui a été donné d'observer. Ayant opéré par ce procédé, il y a deux ans, une jeune fille, avec un succès immédiat très satisfaisant, il constata ces derniers temps un échec définitif à peu près absolu. Il ne faut donc pas se presser de croire qu'on a réussi (*An-*

*nales d'Oculistique*, mai 1888). Voici quels sont les inconvénients du procédé de M. Dransart :

Quand on serre fortement les fils pour couper les tissus, souvent on voit se produire, dans les 24 heures qui suivent, un chémosis considérable. D'autre part, l'occlusion des paupières ne pouvant se faire, la cornée reste exposée à l'air, s'irrite, se desquame ; les souffrances sont très vives et devant cette irritation qui menace de s'aggraver, on est quelquefois amené, pour la faire cesser, à enlever les fils avant qu'ils n'aient sectionné les tissus, c'est-à-dire avant le 3<sup>e</sup> ou le 4<sup>e</sup> jour. Dans ce cas, le résultat est nul.

Il faut signaler aussi la douleur assez vive que l'on provoque tous les jours en serrant davantage les fils, et qui chez les enfants en particulier est très mal supportée et assez gênante pour les manœuvres.

Un autre inconvénient auquel on est parfois obligé de chercher à remédier, c'est l'abondance de la suppuration.

Les mêmes critiques peuvent s'adresser au procédé de M. Pagenstecker.

L'objection que l'on peut faire aux ligatures ainsi faites, c'est d'être lentes dans leur action, de provoquer de la douleur, de l'ecchymose, un gonflement notable, et surtout d'agir un peu au hasard par suite de la marche sous-cutanée des aiguilles. — Panas.

Le procédé de Wecker, outre qu'il est passible des mêmes reproches, est un procédé compliqué qui ne pourrait guère avoir son utilité que dans les cas où le ptosis paralytique s'accompagne d'allongement, d'hypertrophie de la paupière.

Abadie a préconisé l'avancement par raccourcissement du plissement sur lui-même du muscle releveur de la paupière.

Ce procédé, bien qu'ayant donné à l'auteur une guérison dans un cas de ptosis congénital, doit être réservé pour les cas légers avec exubérance cutanée, *ptosis sénile*, *ptosis adiposa*.

Le procédé de M. Panas a pour but, comme l'opération de M. Dransart, de relier la paupière au muscle frontal ; la différence existe seulement dans les moyens d'union. Ici, pas de suppuration ; on a une réunion immédiate, qui donne, suivant la longueur du lambeau, l'effet voulu et mathématiquement calculé à l'avance.

Les avantages du procédé sur celui de M. Dransart sont d'après M. Panas :

1° D'être plus mathématiquement exact dans ses effets ;

2° D'être exempt de douleurs vives, post-opératoires, et de ne pas provoquer le gonflement des tissus de la conjonctive en particulier, comme le fait souvent la ligature sous-cutanée ;

3° D'assurer d'une façon non équivoque l'union cicatricielle de la paupière avec le muscle frontal ;

4° D'affaiblir l'action antagoniste du muscle sourcilier, ce qui fait que le muscle frontal se trouve plus à son aise pour relever la paupière.

On pourrait ajouter : 5° et d'être exempt de la suppuration qui peut survenir après l'opération de Dransart et qui alors est plus nuisible qu'utile.

Cette opération, préconisée par M. Panas, n'a jamais été suivie que de bons résultats ; outre les observations toutes favorables publiées par l'auteur de la méthode, nous devons citer deux cas de ptosis, traités par le même procédé, qui ont donné les résultats les plus satisfaisants ; ces deux nouvelles observations sont, l'une du docteur Fuchs (*Semaine médicale*,

1888, p. 141), et l'autre du docteur Lapersonne (*Annales d'oculistique*, mars-avril 1889).

Le procédé de M. Vautrin, qui consiste à tailler un lambeau du frontal que l'on renverse et que l'on fixe au voisinage du cartilage tarse, nous semble assurément un bon procédé, fort recommandable.

Le manuel opératoire est fort simple ; c'est en effet avec la plus grande facilité que l'on arrive à décoller le lambeau du muscle frontal du plan sous-jacent, et l'on n'a pas de forte plaie comme on pourrait le croire de prime abord. La cicatrice n'est qu'un liséré blanchâtre peu apparent.

Cette méthode peut être mathématiquement exacte dans ses effets, qui seront proportionnés à la longueur, à la largeur du lambeau frontal.

Les douleurs post-opératoires paraissent être insignifiantes, l'opéré ne s'est plaint aucunement.

La suppuration est absolument nulle et, grâce à l'antisepsie, on obtiendra toujours une réunion par première intention.

Du côté de la cornée, aucun accident : le malade pouvant parfaitement fermer l'œil, par suite de l'intégrité du muscle orbiculaire, jamais on n'aura à craindre le lagophthalmos. De plus, le procédé ayant respecté les différentes parties constituant la paupière, celle-ci n'aura aucune tendance à s'ectropionner.

Quant au petit tic, nécessaire pour élever la paupière, il n'a rien de gênant et l'opéré le fait bientôt sans aucun effort et d'une façon inconsciente. Peut-être même qu'à la longue, par une sorte d'accoutumance, le lambeau musculaire pourrait avoir une action propre, indépendante, étant ainsi capa-

ble, à lui seul, d'élever la paupière, sans le secours du muscle frontal tout entier.

Dans l'observation de M. Vautrin, on n'avait affaire qu'à un ptosis trammatique incomplet, la partie externe de la paupière pouvait encore se soulever. Mais nous croyons que, dans un cas de ptosis congénital ou paralytique, alors que la paupière tout entière tombe au devant de l'œil comme un voile inerte, le procédé de M. Vautrin donnerait encore des résultats satisfaisants. Les deux muscles frontaux, en effet, s'entrecroisent avec les muscles sourcilier, orbiculaire des paupières et pyramidal, occupant chacun environ les deux tiers internes de l'arcade orbitaire. Rien de plus facile, dans un ptosis complet, au lieu de prendre un lambeau à la partie interne du muscle frontal, comme dans l'observation citée plus haut, de tailler ce lambeau, au contraire, dans les parties médianes et externes, de façon que, après avoir été rabattu, il puisse être fixé sur le milieu du cartilage tarse, et agir ainsi sur toute l'étendue de la paupière supérieure.

L'innervation de ce lambeau est toujours assurée par les filets multiples du facial.

Il est nécessaire, quand on taille le lambeau frontal, de prolonger un peu plus bas l'incision verticale du côté où il sera rabattu, dans l'observation c'était l'incision externe, le lambeau étant abaissé de dedans en dehors ; cette précaution est nécessaire pour avoir un pédicule plat et non un véritable nœud. Dans ses nouveaux mouvements d'élévation de la paupière, le lambeau a comme point fixe son pédicule.

---

## Conclusions.

---

De tous les procédés étudiés, il doit rester :

1° Pour le ptosis par simple insuffisance ou le ptosis temporaire :

a) Quand la chute de la paupière est due à une exubérance et à un relâchement de la peau : l'excision d'un pli transversal des téguments.

b) Dans les cas de ptosis lipomateux : l'extraction des pelotons graisseux.

c) Dans les cas de blépharoptose provoquée par un abcès, par une tumeur : l'ouverture de l'abcès, l'ablation de la tumeur.

2° Pour le ptosis paralytique ou congénital : les méthodes de MM. Dransart et Panas, qui seules ont donné des résultats vraiment satisfaisants. Le procédé de M. Vautrin, en raison de l'excellent résultat obtenu, nous paraît devoir être employé et cela avec succès.

a) Dans ces procédés, l'élévation de la paupière est complète, et cela grâce à la façon toute mathématique dont on peut calculer les effets à obtenir.

b) Sans rien enlever à la valeur du procédé de M. Dransart, nous préférons les méthodes de MM. Panas et Vautrin. Ces méthodes, tout en donnant les mêmes bons résultats, comportent un manuel opératoire facile, ne sont pas douloureuses, et n'entraînent dans le traitement aucune complication fâcheuse (chémosis, conjonctivite, suppuration, etc...).

Vu le 18 janvier 1890,

*Le président de la thèse,*

**A. HEYDENREICH.**

Vu et permis d'imprimer,

Nancy, le 18 janvier 1890,

*Le Recteur,*

**E. MOURIN.**

## INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

ALESSI. — Chute de la paupière supérieure, *Ann. d'oculistique*, t. I, sommaire, p. 39.

PÉTREQUIN. — Paralysie des paupières, *ibid.*, t. I, p. 4 et 25.

BÉRARD. — De la chute de la paupière et de son traitement, *Bulletin de thérapeutique*, oct. 1845.

LAURENT. — Paralysie de la paupière supérieure dépendant d'une syphilis constitutionnelle, *Ann. d'ocul.*, p. 253, t. I.

SAINT-MARTIN de Niort. — Paralysie de la paupière supérieure guérie par les inoculations de strychnine, *ibid.*, t. XXIII, p. 177.

HIRIGOYEN. — Paralysie de la paupière supérieure. Anévrysme de l'artère communicante comprimant le nerf moteur oculaire commun, *ibid.*, t. XXVI, p. 213.

MANEL. — Paralysie de la paupière supérieure ; suite de la masturbation, *ibid.*, t. 34, p. 274.

HARE. — Paralysie complète du nerf oculo-moteur causée par la pression d'un anévrysme de l'artère cérébrause commune postérieure, *ibid.*, t. 34, p. 283.

CANTON. — Ptosis hystérique, *ibid.*, t. 36, p. 88.

COOKE. — Ptosis des deux paupières coïncidant avec une aménorrhée. *ibid.*, t. 38, p. 102, *London Med. Soc.*, 1855.

LUCA. — Deux cas de blépharoptose, *Gaz. hebd.*, 1862, p. 312.

GREFE (de). — Opérations du ptosis, *Archiv. für Ophthalm.*, 1863. *Ann. d'ocul.*, t. 54, p. 119.

DUSMANI. — Cas de blépharoptose guéri par la lumière projetée par l'ophtalmoscope, *ibid.*, t. 49, p. 268.

GUÉNEAU de MUSSY. — Paralysie de la troisième paire, *Ann. d'ocul.*, avril 1872, p. 308.

MICHEL. — Paralysie de l'oculo-moteur dans un cas de rhumatisme articulaire aigu, *ibid.*, t. 70, p. 254.

GREEN. — Prolapsus de la paupière supérieure, suture du tendon de l'élévateur au cartilage tarse, *ibid.*, t. 68, p. 155.

HORNER. — Une forme de ptosis, *ibid.*, t. 64, p. 154.

PANAS. — *Leçons sur les paralysies oculaires*, 1873.

JOUANOLOU. — *Du ptosis, de ses diverses formes*, Thèse de Paris, 1873.

GRÆFE et SCÆMISCH. — *Augenheilkunde*, t. 3, Leipzig, 1874.

FOURNIER. — *La syphilis du cerreau*, 1879.

STREATFIELD. — Ptosis produit par l'inflammation syphilitique de la glande lacrymale, *British Medical Journal*, sept. 1882.

CONSTANTIN PAUL. — Sur un appareil prothétique pour le prolapsus double des paupières, *Ann. d'ocul.*, t. 74, p. 288.

DUJARDIN. — Un cas de ptosis double, *Journal des Sc. méd. de Lille*, oct. 1881.

DRANSART. — Cas de blépharoptose opérés par des procédés spéciaux à l'auteur, *Ann. d'ocul.*, t. 84, p. 88; t. 88, p. 147.

PAGENSTECKER. — Une nouvelle opération du ptosis, *ibid.*, t. 86, p. 95.

De WECKER. — Une nouvelle opération du ptosis, *ibid.*, t. 88, p. 29.

EVERBUSCH. — Opération de la blépharoptose congénitale, *ibid.*, t. 90, p. 141.

BEAUVOIS. — *Du ptosis et en particulier de son traitement chirurgical par la méthode de suppléance du muscle releveur de la paupière supérieure par le frontal*, th. de Paris, 1883.

RAMPOLDI. — Trois cas de blépharoptosis congénital atrophique, *Ann. d'oculistique*, 1885, p. 246.

SHELL. — Ptosis lipomateux, *Ann. d'oculistique*, 1886, p. 173.

LEMOINE. — De la blépharoptose cérébrale, *ibid.*, 1887; *Revue de médecine*, juillet 1887.

SURMONT. — *De la blépharoptose d'origine cérébrale au point de vue de la localisation*, Th. de Lille, n° 28, 30 décembre 1886.

WALKER. — Un cas de proptose unilatérale, *ibid.*, 1887. Soc. ophthalm. du R. Vui.

PANAS. — D'un nouveau procédé opératoire applicable au ptosis congénital et au ptosis paralytique, *Archiv. d'ophthalmologie*, t. VI, 1887.

DARIER. — De l'opération du ptosis, *ibid.*, t. VIII, 1888.

LAPERSONNE. — Opération du ptosis. *Ann. d'oculistique*, mars-avril 1889.

---



